

# ”Jag skämdes för att jag inte mådde bra”

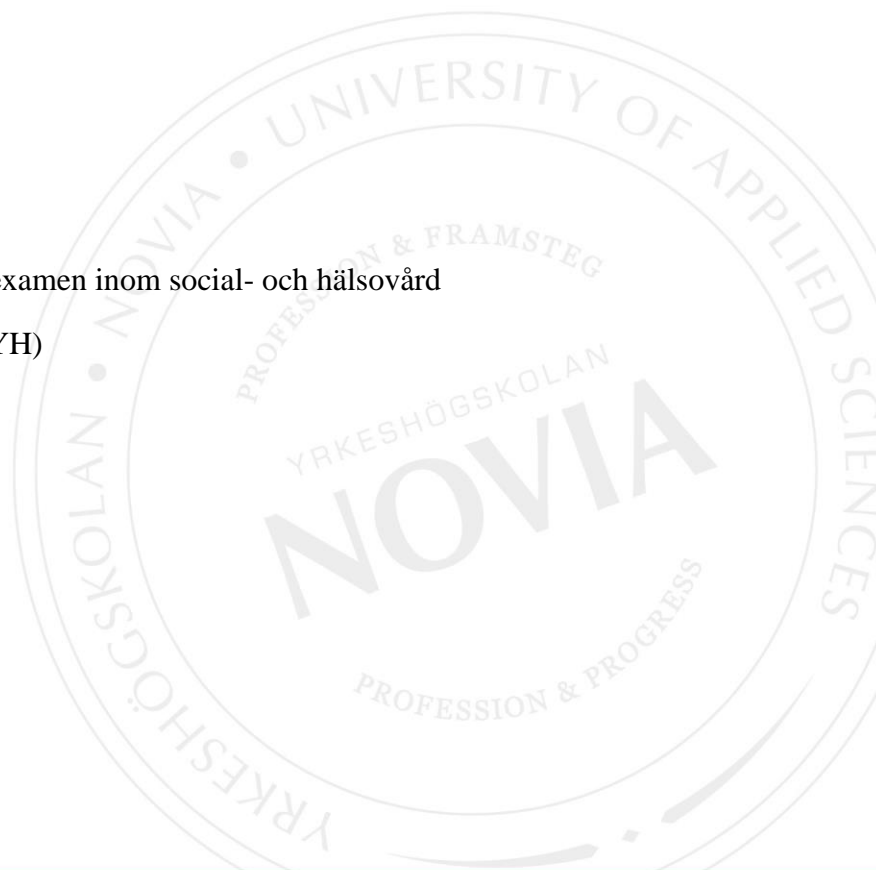
**Mammors upplevelser av förlossningsdepression – en  
kvalitativ dokumentstudie**

Maria Store

Examensarbete för (YH)-examen inom social- och hälsovård

Utbildning: Sjukskötare (YH)

Vasa 2020



## EXAMENSARBETE

Författare: Maria Store  
Utbildning och ort: Social- och hälsovård, Vasa  
Inriktningsalternativ/Fördjupning: Sjukskötare (YH)  
Handledare: Anna-Lena Nieminen

Titel: ”Jag skämdes för att jag inte mådde bra” – Mammors upplevelser av förlossningsdepression – en kvalitativ dokumentstudie.

---

Datum: 5.5.2020

Sidantal: 51

Bilagor: 3

---

### Abstrakt

Mellan 9 och 16 procent av föderskorna insjuknar årligen av förlossningsdepression. Under de tre första månaderna efter förlossningen är det störst risk att insjukna i en förlossningsdepression. Förlossningsdepressionen är ofta en mycket tung upplevelse för mamman och kan allvarligt störa interaktionen och anknytningen mellan mamman och det nyfödda barnet.

Syftet med denna studie är att undersöka hurdana upplevelser mammorna har av förlossningsdepressionen samt om förlossningsdepressionen har påverkat mammornas önskan om att få fler barn och i sådana fall på vilket sätt.

Som datainsamlingsmetod användes podcastavsnitt där mammor berättar om sina upplevelser av förlossningsdepression. Mammorna var i åldrarna 24 till 31 då de insjuknade. Materialet från podcasterna analyserades med en kvalitativ innehållsanalys. Erikssons teori om lidande har använts som teoretisk referensram.

Resultatet visar att det finns många likheter bland mammornas upplevelser, men också olikheter. Mammorna kände skuld och skam, och på samma gång kände de sig misslyckade och otillräckliga, flera olika rädslor var också inblandade. Resultatet jämförs med tidigare litteratur och forskning samt den teoretiska referensramen.

Som slutsats på studien kan man konstatera att upplevelsen av en förlossningsdepression är mycket individuell och det är olika faktorer som påverkar utfallet. Trots individualiteten har en förlossningsdepression ändå många karakteristiska drag.

---

Språk: Svenska

Nyckelord: förlossningsdepression, upplevelse, kvalitativ studie

---

## OPINNÄYTETYÖ

Tekijä: Maria Store  
Koulutus ja paikkakunta: Sosiaali- ja terveysala, Vaasa  
Suuntautumisvaihtoehto/Syventävät opinnot: Sairaanhoidtaja, Vaasa  
Ohjaaja(t): Anna-Lena Nieminen

Nimike: ”Häpesin, koska en voinut hyvin” – Äitien kokemuksia synnytysmasennuksesta – laadullinen tutkimus.

---

Päivämäärä: 5.5.2020

Sivumäärä: 51

Liitteet: 3

---

### Tiivistelmä

9-16 prosenttia synnyttäjistä sairastuu vuosittain synnytysmasennukseen. Kolmen ensimmäisten kuukauden ajan synnytyksestä on suurin riski sairastua synnytysmasennukseen. Synnytysmasennus on usein erittäin raskas kokemus äidille ja voi vakavasti häiritä interaktio ja yhteys äidin ja vastasyntyneen lapsen välillä.

Tämän tutkimuksen tarkoitus on tutkia minkälaisia kokemuksia äideillä on synnytysmasennuksesta ja jos synnytysmasennus on vaikuttanut äitien toivomuksia saada lisää lapsia, ja siinä tapauksessa millä tavalla.

Tietojen keräämiseen käytettiin podcastjaksoja missä äidit kertoivat synnytysmasennuskokemuksestaan. Äidit olivat 24-31 vuotiaita sairastuessaan. Podcastien sisältöä analysoitiin laadullisen sisältöanalyysin avulla. Teoreettisella viitekehysellä on käytetty Erikssonin teoria kärsimyksestä.

Tulokset kertovat että äitien kokemuksissa on paljon yhtäläisyyttä, mutta myös eroja. Äidit tunsivat syyllisyyttä ja häpeää, ja samalla he tunsivat itsensä epäonnistuneita ja riittämättömiä, monenlaisia pelkoja oli myös tavallisia. Tulokset verrataan aikaisempiin tutkimuksiin ja kirjallisuuteen, sekä teoreettiseen viitekehukseen.

Tutkimuksen lopputuloksena voidaan todeta että synnytysmasennuksen kokemus on hyvin yksilöllinen ja monta erilaista tekijää vaikuttaa siihen, mutta kuitenkin löytyy useampia ominaispiirteitä.

---

Kieli: Ruotsi

Avainsanat: synnytysmasennus, kokemus, laadullinen tutkimus

---

## BACHELOR'S THESIS

Author: Maria Store  
Degree Programme: Bachelor of Health Care  
Specialization: Nursing  
Supervisor(s): Anna-Lena Nieminen

Title: "I was ashamed because I didn't feel all right" – Mothers experiences of postpartum depression – a qualitative document study.

---

Date: 5.5.2020

Number of pages: 51

Appendices: 3

---

### Abstract

Between 9 and 16 percent of the women giving birth in a year are diagnosed with postpartum depression. During the first three months after birth, the risk of developing postpartum depression is the highest. Postpartum depression is often a very tiresome experience for the mother, and it can severely interfere with the interaction and affiliation between mother and baby.

The purpose with this study is to analyze what kind of experiences mothers have of postpartum depression, as well as to see if the postpartum depression has influenced their wishes of having more children, and in that case in which way.

As data collection method, podcasts were used, where mothers told the story of their experience with postpartum depression. The mothers were in the age of 24 to 31 when they had the postpartum depression. The data was analyzed with a qualitative content analysis. Erikssons' theory about suffering was used as a theoretical frame of reference.

The results in this study shows there is many similarities between the mothers' experiences, but also differences. The mothers felt guilt and shame, and at the same time they felt like a failure and inadequate as a mother, multiple forms of fears were also involved. The result was compared to earlier literature and research as well as with the theoretical theory.

As a conclusion of the study one can establish that the experience of a postpartum depression is very individual and many factors play in to influence the outcome, but there are also many similarities in the experiences of a postpartum depression.

---

Language: Swedish

Key words: postpartum depression, experience, qualitative study

---

# Innehållsförteckning

1	Inledning.....	1
2	Teoretisk bakgrund .....	2
2.1	Depression .....	2
2.2	Förlossningsdepression.....	3
2.2.1	Symptombild .....	3
2.2.2	Diagnosticering och klassificering .....	5
2.2.3	Orsaker och riskfaktorer .....	6
2.2.4	Behandling .....	7
2.2.5	Följder hos mamman och barnet.....	8
2.2.6	Mödrarådgivningens roll i det förebyggande arbetet och identifieringen av förlossningsdepression .....	9
2.2.7	Förlossningsdepressionens påverkan på parrelationer.....	10
2.3	Baby blues .....	11
2.4	Förlossningspsykos .....	11
2.5	Postpartum tvångssyndrom.....	12
2.6	Postpartum panikångestsyndrom .....	13
3	Syfte och frågeställningar .....	14
4	Teoretisk utgångspunkt.....	15
4.1	Lidandet enligt Eriksson.....	15
4.2	Sjukdomslidande .....	15
4.3	Vårdlidande .....	16
4.4	Livslidande.....	17
5	Metod .....	18
5.1	Urval av informanter.....	18
5.2	Datainsamling.....	19
5.3	Praktiskt genomförande .....	20
5.4	Dataanalys.....	21
5.5	Etisk diskussion .....	23
6	Resultatredovisning.....	24
6.1	Känslor .....	25
6.2	Beteende .....	31
6.3	Önsknings.....	35
6.4	Tankar och funderingar .....	36
6.5	En påverkan på önskan om att få fler barn .....	38
7	Resultatdiskussion.....	39
8	Metoddiskussion.....	44

8.1	Trovärdighet .....	44
8.2	Styrkor och svagheter .....	45
8.3	Förslag på förbättringar .....	46
9	Slutledning .....	47
	Källförteckning .....	48

## **Bilagor**

Bilaga 1.	Analysprocessen .....	(1)
Bilaga 2.	Översättning av citat .....	(5)
Bilaga 3.	EPDS-formulär .....	(2)

## 1 Inledning

Tiden efter en förlossning är för många en mycket emotionell tid, det är inte ovanligt att känna sig nedstämd, att lätt börja gråta, känna sig extra trött och ha snabba humörsvängningar. Att känna såhär är inte ovanligt, omkring 50 till 80 procent av kvinnorna upplever dessa känslor, då en förlossning är en mycket påfrestande händelse för kvinnan, både fysiskt och psykiskt. Känslorna kan uppkomma med det samma efter förlossningen, ofta är de lindriga och går över av sig själv. (Klemetti & Hakulinen-Viitanen 2015, 280)

Mammans depression kan negativt påverka interaktionen och anknytningen mellan mamman och barnen, den kan också påverka barnets utveckling och välmående. Symtomen varierar från kvinna till kvinna men kan vara bland annat ett sänkt humör, svårigheter att uppleva glädje, mycket gråtande, irritabilitet, sömnstörningar, känslor av värdelöshet, självanklagelser, känsla av hjälplöshet och hopplöshet samt i vissa fall självmordstankar. Symtomen blir en del av familjelivet och påverkar hela familjen. (THL, 2018)

Enligt Klemetti & Hakulinen-Viitanen (2015, 280) drabbas mellan 9 och 16 procent av föderskorna i Finland av förlossningsdepression. Svårighetsgraden varierar mycket, allt från endast lindriga symtom till i värsta fall psykotisk depression. Man räknar med att 1–2 kvinnor på 1000 drabbas av förlossningspsykos. Under de tre första månaderna efter förlossningen är prevalensen av förlossningsdepression som allra högst. Man återhämtar sig vanligen inom några månader, men för vissa tar det längre. Enligt THL (2018) är risken för återfall vid påföljande förlossningar upp till 40 procent.

I denna studie kommer respondenten att använda sig av termen psykisk ohälsa i syftet att beskriva någon psykisk åkomma eller ett psykiskt problem. Respondenten är medveten om att det finns andra begrepp, men väljer att använda psykisk ohälsa som ett samlingsbegrepp. Respondenten kommer även att använda sig uteslutet av begreppet förlossningsdepression, även om det finns många andra benämningar och även om källorna använt sig av ett annat begrepp för samma fenomen.

## 2 Teoretisk bakgrund

I bakgrunden kommer respondenten först att skriva allmänt om depression. Sedan tas det upp om förlossningsdepression, symptombilden, vilka riskfaktorer kan vara, vilken sorts behandling det finns att få, vilka följder en förlossningsdepression kan ha, både på mamman och barnet samt på parrelationen, hur det förebyggande arbetet ser ut och vilka screeningsmetoder som används. Det tas även kort upp om baby blues, förlossningspsykos, postpartum tvångssyndrom samt postpartum paniksyndrom för att visa andra typer av psykisk ohälsa som kan förekomma i samband med en förlossning och postpartum perioden.

För att kunna förstå vad psykisk ohälsa är måste vi även förstå vad psykisk hälsa är. World Health Organization, WHO, beskriver psykisk hälsa på följande sätt:

”Psykisk hälsa är ett tillstånd av välbefinnande då individen känner sina egna resurser, kan hantera livets normala motgångar, har en meningsfull tillvaro, kan göra ett gott arbete och känner sig delaktig i samhället.” (Kitchener, Jorm, Kelly, Lassander & Karila-Hietala 2015, 8)

### 2.1 Depression

WHO beskriver depression som annorlunda gentemot vanliga humörsvängningar och andra kortvariga emotionella reaktioner på svårigheter i vardagen. Depression karakteriseras av ett depressivt tillstånd, förlust av intresse och njutning och en minskad energi, vilket leder till förminskad aktivitet under åtminstone två veckor. WHO uppger att idag är mer än 300 miljoner människor drabbade av depression runt omkring i världen. (WHO 2018)

Man känner inte till orsaken bakom depression, men man känner till flera beståndsdelar som spelar in, till exempel vet man att signalsubstanser i hjärnan har en betydande roll. Dahlström (2014, 138–139) fortsätter att beskriva att det är störningar i olika signalsubstanser, som serotonin och dopamin, som påverkar att ett depressionstillstånd uppstår. Man vet inte exakt hur dessa signalsubstanser påverkar hjärnan, men man tror att det är de varierande nivåerna av signalsubstanserna som påverkar andra delar av hjärnan, som vidare i sin tur ger upphov till depression.



Dahlström (2014, 139) fortsätter sedan att förklara att det inte är endast de biologiska och genetiska faktorerna som ger större benägenhet att drabbas av depression. Det finns även andra faktorer som spelar in, till exempel att som liten förlora en förälder, eller andra omvälvande händelser, dessa kallas ” stressorer”.

Wickberg och Hwang (2003, 17-18) förklarar att en förlossningsdepression inte skiljer sig från en depression, som inträffar under någon annan period i livet, på något annat sätt än tidpunkten; när kvinnan har fött barn. I övrigt är symtombilden ganska lika hos de två typerna av depression, även om symtombilden är mycket individuell och varierar från person till person.

## **2.2 Förlossningsdepression**

Förlossningsdepression, på engelska postpartum depression och på finska synnytyksenjälkeinen masennus, är en depression som vanligen börjar inom en eller några månader efter förlossningen. Det är runt 10–15 procent av föderskorna som insjuknar årligen. Symtomen försvagas vanligtvis av sig själv inom 2 till 6 månader, men hos vissa kvinnor förekommer symptom ännu år efter förlossningen. (Duodecim 2018b) Enligt Fröjdth och Zamore (2012, 381-382) är det ca 12 procent av kvinnorna som efter 8 veckor har tecken på depression.

### **2.2.1 Symptombild**

Precis som vid en vanlig depression är symptomen på en förlossningsdepression individuella. Men det finns vissa symptom som är vanligt förekommande. Mamman känner sig ofta ledsen utan speciell orsak, hon kan vara utmattad, nedstämd och ha problem med sömnen. Hon kan också uppleva allvarlig ångest och ibland också ha panikattacker. Ibland känner mamman inget intresse för den nyfödda, hon kan också ha tvångsmässiga tankar, rädslor för att skada barnet, och i vissa fall förekommer också självmordstankar. (Duodecim 2018b)

Den nya mamman kan ha problem med aptitlöshet eller ökad aptit och ibland drar hon sig tillbaka från familjen och vännerna. (Reuter 2011, 8) Mamman kan ha en uppfattning om att hennes känslor är utom hennes egen kontroll, detta kan komma i uttryck genom att till exempel gråta utan orsak. Hon kan ha problem med att koncentrera sig på en uppgift eller göra ett beslut. (Maeve 2018, 543-544)

Hon kan också vara förvirrad i sin nya roll som mamma, och känner att de aspekter som tidigare reflekterade hennes identitet har ändrats efter förlossningen. (Maeve 2018, 543-544) Ibland tycker hon också att alla andra är bättre med hennes barn än vad hon själv är. (Fröjd & Zamore 2012, 382) Mamman kan ha tankar om att hon inte är tillräcklig som mamma, och att hon är värdelös samt att hon inte är förmögen om att ta hand om barnet. (Klevemark, Norbeck & Häggström 2009, 33)

I en studie gjord i Sverige 2005 (Edhborg, Friberg, Lundh & Widström) undersökte man mammor som hade tidiga symptom på förlossningsdepression och deras subjektiva syn på tiden efter förlossningen. De intervjuade totalt 22 mammor som identifierats med höga poäng, mellan 10 och 23, enligt EPDS-formuläret. Resultatet man fick i studien delades in i följande kategorier; svårigheter med livet, svårigheter relaterade till jaget, att leva upp till bilden av en bra mamma, svårigheter med livet relaterat till barnet, emotionella känslor, svårigheter med livet relaterat till partnern samt relationen mellan pappan och barnet.

Svårigheterna med livet handlade om överväldigande känslor av misslyckande, skam, besvikelse, rädslor, ensamhet, osäkerhet, förlust och ouppfyllda förväntningar. Svårigheterna relaterade till jaget handlade om svårigheter att identifiera jaget, det nya jaget efter förlossningen. Mammorna kunde känna sig osynliga, de hade förlorat identiteten de haft innan de fick barn. Att leva upp till bilden av en bra mamma kunde vara att de kände sig som dåliga mammor då de inte var glada fastän de fått ett friskt barn. Det kunde också vara relaterat till om de ammade eller inte, om de inte fick amningen att fungera kände de sig misslyckad som mamma. (Edhborg, Friberg, Lundh & Widström 2005)

Svårigheterna med livet relaterat till barnet kunde handla om att de kände sig osäkra och oförberedda på det praktiska livet med en baby, vissa av mammorna kände inte sig säkra att vara ensamma med barnet. De emotionella känslorna kom då de var ensamma med barnet, de var rädda för att något skulle hända barnet, men de var också trötta och ensamma och ville ha hjälp, stöd och vuxna att prata med. (Edhborg, Friberg, Lundh & Widström 2005)

Förhållandet till partner blev sämre då de inte hade tid för att vara på två, och mycket missförstånd fanns mellan dem. Mammorna kunde tycka att partnern jobbade för mycket och inte såg henne. För många av mammorna var det viktigt att pappan fick en relation till barnet, men de kände inte att föräldrskapet var på lika villkor för båda föräldrarna. De kunde fundera över hur de skulle dela på barnavården och sysslorna i hemmet. De kände också att de var tvugna att "öva" barnet att vara ensam med pappan, och under den tiden försöker de hålla sig borta. (Edhborg, Friberg, Lundh & Widström 2005)

### 2.2.2 Diagnostisering och klassificering

För att en förlossningsdepression ska kunna fastställas görs en diagnostisering. Klevemark, Norbeck och Häggström (2009, 34) beskriver en form av diagnostisering som sker enligt Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders fjärde utgåvas kriterier. Dessa kriterier beskriver symptom, av vilka åtminstone fem stycken ska ha förekommit under två veckors tid, så gott som varje dag och mer eller mindre under hela dagen och dessa symptom ska orsaka ett utmärkande lidande för mamman.

Symptomen man klassificerar enligt är följande; en känsla av nedstämdhet eller irritabilitet, minskad känsla av glädje eller förlust av intresse för majoriteten av aktiviteter, förändringar i aptiten, förändringar med sömnen, hämningar av motoriska och mentala funktioner eller agitation av motoriska och mentala funktioner, en känsla av trötthet eller en förminskad energiresurs, känslor av att vara värdelös och orättfärdigade känslor av skuld, försämrad koncentration och svårigheter att bestämma sig samt återkommande tankar av självskadebeteende eller tankar på döden. (Klevemark, Norbeck och Häggström 2009, 34)

Om dessa kriterier uppfylls klassas depressionen som en egentlig depression, eller major depression. Vid ett tillstånd då inte alla symptom förekommer, eller har varat under en kortare tid klassas depressionen som en lindrig depression, eller minor depression. En lindrig förlossningsdepression innebär ett tillstånd då mamman fortfarande klarar av vardagen, och anses då ha en lägre svårighetsgrad, medan en förlossningsdepression där suicidala tankar eller vanföreställningar förekommer anses ha en högre svårighetsgrad. (Klevemark, Norbeck och Häggström 2009, 34)

Det finns ett antal differentialdiagnoser som enligt Klevemark, Norbeck och Häggström (2009, 34) i vissa fall kan förväxlas med en förlossningsdepression, och därför bör beaktas vid en diagnostisering; anemi, d-vitaminbrist, hypotyreos, malignitet, hjärtsvikt samt rubbningar i kalciumbalansen.

### 2.2.3 Orsaker och riskfaktorer

Det finns ingen enskild orsaksfaktor till en förlossningsdepression, men man vet att psykologiska och sociala faktorer är mycket betydelsefulla. Till exempel traumatiska eller stressande händelser, som en tung förlossning, problem i parrelationen, brist på stöd från både partnern och övriga vänner och familjemedlemmar, samt även ekonomiska och sociala svårigheter. Övriga riskfaktorer kan vara dålig självkänsla, komplikationer efter förlossningen, besvärligt temperament hos barnet, stress, ensamstående och arbetslöshet. (Wickberg & Hwang 2003, 24–25)

Fröjd och Zamore (2012, 382) påpekar också att en tidigare bakgrund med depression ökar risken för en förlossningsdepression. Andra faktorer som kan öka risken för att insjukna i en förlossningsdepression kan vara om det handlar om en oplanerad graviditet, om det förekommer våld i parrelationen, om mamman har invandrarbakgrund. Också rent fysiologiska faktorer kan öka risken, som störningar i sköldkörteln. (Klemetti & Hakulinen-Viitanen 2015, 280-281)

Det finns konflikter angående hur åldern påverkar riskerna för att insjukna i förlossningsdepression. Klemetti & Hakulinen-Viitanen (2015, 280) påstår att om mammans ålder är 20 år eller yngre, ökar det hennes risker för att insjukna, medan en studie gjord 2012 (Zadeh, Khajehei, Sharif & Hadzic) gav resultat som visar på något annat. I studien deltog 400 kvinnor, och ett av resultaten man fick var att ju äldre kvinnan var, desto mer förekommande var förlossningsdepression och postpartum ångestsyndrom. Kvinnor som var yngre än 19 år ansågs ha mindre risk för att uppleva depression och ångest efter förlossningen.

En studie gjordes i Iran (Ghaedrahmati, Kazemi, Kheirabadi, Ebrahimi & Bahrami 2016) där man undersökte riskfaktorerna för förlossningsdepression, resultatet kategoriserades i fem områden; psykologiska faktorer, obstetriska riskfaktorer, biologiska faktorer, sociala faktorer och livsstils relaterade faktorer. Slutsatsen man kom till var att biologiska och sociala faktorer gör kvinnor mer benägen att drabbas av förlossningsdepression genom att faktorerna påverkar varandra. Man kom även fram till att många miljöfaktorer, som till exempel socioekonomiska faktorer, orsakar kristillstånd och förlossningsdepression genom att påverka den mentala hälsan hos kvinnan under graviditeten.

En annan studie som gjordes i USA 2015 (Mitra, Iezzoni, Zhang, Long-Bellil, Smeltzer & Barton 2015), undersökte förlossningsdepression bland kvinnor med funktionsnedsättningar, vilka kunde vara fysiska, mentala eller emotionella. Enkäten svarades av både kvinnor utan funktionsnedsättningar och kvinnor med funktionsnedsättningar, antalet kvinnor med en funktionsnedsättning var 287 och 3440 kvinnor utan.

Resultaten från denna studie visade bland annat att det för dessa kvinnor med en funktionsnedsättning var 2.2 gånger mer troligt att uppvisa symptom på en förlossningsdepression. Studien visade också att nästan 40 procent av kvinnorna som hade en funktionsnedsättning hade blivit diagnosticerade med depression innan deras graviditet, i jämförelse med 16.3 av kvinnorna som inte hade någon funktionsnedsättning. Kvinnorna med en förlossningsdepression kände sig också oftare nedstämda, deprimerade, ledsna och hopplösa efter att de fött barn.

#### **2.2.4 Behandling**

Behandlingen av förlossningsdepression är densamma som vid en vanlig depression, läkemedelsbehandling och psykoterapi vid behov, tillsammans med stöd för familjesituationen och barnets utveckling. Många förlossningsdepressioner är lindriga och behandlas från rådgivningens sida med psykosocialt stöd, kvinnan måste förstå vad det är som händer henne och få hjälp att förstå sina känslor samt hjälp att stödja interaktionen mellan mamman och barnet. (Hakulinen-Viitanen & Solantaus 2014, 139–140) Det övergripande målet med behandlingen är enligt Klevemark, Norbeck och Häggström (2009, 35) att kortsiktigt få mamman att tillfriskna och att långsiktigt förebygga ett återfall av förlossningsdepressionen.

Många behöver även praktisk hjälp för att underlätta vardagen, det är även viktigt att inte glömma bort eventuella andra barn i familjen, och se till deras behov. I de värre fallen då depressionen är mera allvarlig kan kvinnan behöva hänvisas till en depressions-skötarmottagning eller till specialiserad sjukvård för bedömning av behovet av specialiserad psykiatrisk vård. (Hakulinen-Viitanen & Solantaus 2014, 139–140)

Antidepressiva läkemedel kan i vissa fall användas som farmakologisk behandling, men många är oroad över effekten det kan ha på barnet genom bröstmjölken och även de möjliga biverkningarna. Men ibland är läkemedelsbehandling nödvändig för tillfriskning. I de fallen används till exempel SSRI läkemedel, vilka anses ha en väldigt liten effekt på barnet, men är också beroende på den aktiva substansen. I vissa fall har effekterna varit allvarligare, som

gastrointestinala problem, respiratoriska problem och anfall. I de fallen har antingen medicineringen eller amningen avslutats. (Fitelson, Kim, Baker & Leight 2011)

Kognitiv beteendeterapi kan användas för att hjälpa kvinnan att förändra mönstren av negativa tankar och göra beteende förändringar som kan förstärka coping mekanismen. Flera studier har gjorts där de depressiva symtomen minskats med hjälp av kognitiv beteendeterapi och läkemedelsbehandling. (Fitelson, Kim, Baker & Leight 2011)

Flera studier har också visat på att motion har en lindrande effekt på depressiva symtom, det finns även några studier som visar att motion inte skulle ha någon större effekt. Men trots detta rekommenderar många vårdgivare åtminstone 30 minuters lätt motion fem dagar i veckan. (Fitelson, Kim, Baker & Leight 2011)

### **2.2.5 Följder hos mamman och barnet**

Förlossningsdepressionen påverkar både mamman och även barnet, till exempel om mamman inte har möjlighet att på ett känsligt och lyhört sätt samspela med barnet kan det hindra att en trygg anknytning utvecklas mellan mamma och barn. En otrygg anknytning kan i senare skede leda till beteendeproblem och känslomässiga problem hos barnet. (Wickberg & Hwang 2003, 29) Även lägre kognitiv funktion har kopplats till mammans förlossningsdepression (Fitelson, Kim, Baker & Leight 2011)

Andra negativa följder en förlossningsdepression kan ha är till exempel isolering, en känsla av hopplöshet och hjälplöshet. Mammor med en förlossningsdepression har en högre risk för att röka, dricka alkohol eller missbruka olagliga substanser. Även om mängden självmord hos kvinnor under graviditeten och förlossningen är lägre än hos den vanliga befolkningen, är självskadebeteende en av de största orsakerna till moderlig mortalitet under det första året efter förlossning. (Fitelson, Kim, Baker & Leight 2011)

En artikel från 2009 (Marcus 2009) beskriver vidare att ett barn till en mamma med förlossningsdepression har sämre sömnkvalité, den totala sömntiden är kortare än hos en nyfödd med en mamma som inte har depressiva symtom. När barnet är äldre har det visat sig att mamman är mindre mottaglig och känslig och mer påträngande i sin interaktion. Det visade sig att det även är en större risk för att barnet utvecklar en osäker anknytning till mamman vid en ålder på 36 månader. Det kom också fram att barn till mammor med en egentlig depression bland annat har sämre kognitiv och språklig kompetens.

## 2.2.6 Mödrarådgivningens roll i det förebyggande arbetet och identifieringen av förlossningsdepression

Enligt Josefsson (2008, 493) finns det ingen grund för att man kan förebygga en förlossningsdepression. Det enda man kan göra i förebyggande syfte är att med intervention försöka identifiera de mammor som ligger i riskzonen för att insjukna i förlossningsdepression samt ge dem psykosocialt stöd. Klemetti och Hakulinen-Viitanen (2015, 282) uppger att hälso- och sjukvårdspersonalen behöver ha en bra interaktionsförmåga och kompetens inom området, och påstår också att ge information om förlossningsdepression åt mamman och eventuella partners är en viktig komponent som kan förebygga depression.

Det är mödrarådgivningspersonalens roll att bedöma mammans sinnesstämning både under graviditeten och efter förlossningen. Bedömningen bör göras under mottagningsbesöken, men också under efterundersökningen samt under hembesöken. Hembesöken görs både under graviditeten och efter förlossningen. Då kan mödravårdspersonalen bedöma mammans tillstånd, hur hon mår, de kan kartlägga hemmasituationen, och därefter bedöma om det finns behov för samtal och annat stöd. (Klemetti & Hakulinen-Viitanen 2015, 144)

Efterundersökningen görs på mödravårdsmottagningen tidigast 5 veckor och senast 12 veckor efter förlossningen. Då bör hälsovårdaren eller barnmorskan bedöma mammans sinnesstämning genom samtal, observation samt genom EPDS-formuläret, se bifogad bilaga 3. EPDS-formuläret bör inte användas som diagnosticering, utan bör istället tillsammans med mottagnings- och hembesöken som screening för förlossningsdepression. (Klemetti & Hakulinen-Viitanen 2015, 134-136)

Motiveringen för screeningen med EPDS är att en tidig identifikation och behandling av förlossningsdepressionen gynnar hela familjen, man erbjuder också stöd av interaktionen mellan barnet och föräldrarna, man framhåller även vikten av att säkerställa barnens välbefinnande och utveckling, inte endast den nyfödde utan också övriga barn i familjen. (Hakulinen-Viitanen & Solantaus 2014, 137–138)

Om mamman får 13 poäng eller högre på EPDS-formuläret bör hon remitteras vidare till en läkare för en noggrannare undersökning. Om poängen är 10-12 bör blanketten fyllas i av mamman igen om 2 till 4 veckor. Om poängen är lägre än 10 poäng kan mamman ändå behöva hjälp, det är rådgivningspersonalens uppgift att ordna psykosocialt stöd och hemhjälp ifall det bedöms att detta skulle vara av nytta för familjen. (Klemetti & Hakulinen-Viitanen 2015, 281-283)

### 2.2.7 Förlossningsdepressionens påverkan på parrelationer

Det är inte bara mamman som påverkas av det nya livet som förälder. Pappan kan känna sig bortstött då mammans all uppmärksamhet riktas mot barnet, och pappans rädsla kan leda till svartsjuka och han kan också känna sig otillräcklig och osäker. (Janouch 2008, 125-126) Förutom att förlossningsdepressionen är påfrestande för parrelationen, vilket ger en ökad risk för separering, påverkar den också eventuella andra barn i familjen. (Wickberg & Hwang 2003, 29)

Med en ny familjemedlem kommer en ökad arbetsmängd för båda parterna i förhållandet, detta tillsammans med en förlossningsdepression hos mamman blir följderna att det kan vara svårt för parterna att prioritera den andra, istället faller prioriteringen på babyn och båda parterna kan känna sig negligerade. Ibland kanske inte mamman vill prioritera babyn, och istället faller allting på den andra partnern. Kommunikationen kan också vara försvårad då mamman lider av en förlossningsdepression, ingen dera av parterna kan kanske beskriva sina känslor, eller så är de rädda för att den andra parten ska ta illa upp. Detta är också en faktor som bidrar till svårigheter i parförhållandet. (Carberg 2019c)

Då en mamma kämpar med en förlossningsdepression kan hon ha svårt att vilja göra tid för sin partner, detta för att isolering är så vanligt vid en förlossningsdepression. För den andra parten kan detta vara sårande och förvirrande. Detta skapar en ännu större klyfta mellan paret och kan väcka ännu mer problem i parrelationen. Som en följd på bristande kommunikation och minskad tid för att bara vara med partnern, tillsammans med mammans symptom som trötthet och minskad sexlust, har många partners problem med intimiteten. Detta kan vidare leda till ännu fler problem i parrelationen. Till exempel kan en eller båda parterna känna sig missnöjda och en förlust av självvärdet. (Carberg 2019c)

En studie gjord 2019 (Slomian, Honvo, Emonts, Reginster & Bruyère) undersökte de övergripande konsekvenserna av förlossningsdepression. I resultatet redovisades en del om hur förlossningsdepressionen påverkat mammans sociala förhållanden. Resultatet visade att många mammor med förlossningsdepression ansåg att deras förhållande med en partner var mer reserverad, kylig och svår och de kände sig mer osäkra än de icke deprimerade mammorna under det första året efter förlossningen. Mammorna med förlossningsdepression rapporterade också att de hade fler splittringar i förhållanden än de icke deprimerade mammorna, men skillnaden ansågs inte vara signifikant. Förlossningsdepression föreföll orsaka tre gånger mer sexuell dysfunktion under det första året efter förlossningen.



## 2.3 Baby blues

Baby blues är ett övergående känslomässigt tillstånd som förekommer hos 50 till 80% av föderskor under de första dagarna efter förlossningen. Baby blues ses ofta som en mycket mildare variant av förlossningsdepression. Baby blues är inte farligt, men ett varningstecken är om tillståndet inte går över efter 2 veckor. (Wickberg & Hwang 2003, 14) Om baby bluesen inte går över eller om den kommer senare, kan det handla om en förlossningsdepression. (Fröjdth & Zamore 2012, 380)

Symtomen kan vara många men utgörs ofta av irritabilitet, närhet till gråt, dålig aptit, sömnrubbingar och en allmän nedstämdhet. Skillnaden mellan baby blues och förlossningsdepression är att baby blues oftast pågår under endast några dagar till skillnad från en förlossningsdepression som pågår mycket längre. (Reuter 2011, 5)

Orsakerna till baby blues kan vara många. Till exempel kan det kraftiga nedfallet av östrogen i kroppen efter förlossningen vara en orsak. Eftersom tiden innan förlossningen kan vara fylld av spänning och förväntningar kan baby blues också vara en utmattningsreaktion efter en stressig period. Den kan också bero på utmattning efter en fysiskt tung förlossning. (Wickberg & Hwang 2003, 14)

## 2.4 Förlossningspsykos

Förlossningspsykos, på engelska post partum psychosis och lapsivuodepsykoosi på finska, är den allvarligaste formen av psykisk ohälsa i samband med förlossning. Det är en akut psykotisk reaktion som inträffar strax efter eller under de första veckorna efter förlossningen. Orsaken är troligtvis biologisk, men olika stressorer som exempelvis sömnbrist kan utlösa psykosen. (Wickberg & Hwang 2003, 15) Enligt en internationell studie gjord 2014 drabbas mellan 0.89 och 2.6 kvinnor på 1000 kvinnor av förlossningspsykos globalt. (VanderKruik et al. 2017)

Förlossningspsykosen börjar under de första veckorna efter förlossningen som sömnlöshet, gråt och så småningom uppkommer misstänksamhet, dissociation och funktionsförlust. Ibland förekommer hallucinationer och vanföreställningar. De kraftiga förändringarna i hormonbalansen under graviditetens slutskede tros vara en avgörande del av sjukdomsorsaken. Om kvinnan lider av en bipolär sjukdom är det även en faktor som ökar risken för att insjukna i förlossningspsykos. (Duodecim 2018a)

Den psykotiska perioden kan variera från några veckor till flera månader. Tillräckligt med stöd under graviditeten och efter förlossningen kan minska risken för att en förlossningspsykos inträffar, eller åtminstone lindra symtomen. Behandlingen är omedelbar eller brådskande psykiatrisk sjukhusvård. En förlossningspsykos kräver vanligtvis alltid antipsykotisk läkemedelsbehandling. De flesta återhämtar sig och kan fungera normalt. (Duodecim 2018a)

## **2.5 Postpartum tvångssyndrom**

Postpartum tvångssyndrom, som på engelska kallas postpartum OCD (Obsessive Compulsive Disorder), är ett lite ovanligare fenomen. Postpartum tvångssyndrom karakteriseras av inkräktande tankar och beteende som fungerar som en respons på en förmimelse om att det finns en fara gentemot barnet. Dessa tankar och beteenden är konstanta och upprepande, och skapar stora störningar i vardagslivet. Kvinnorna som drabbas av postpartum tvångssyndrom är ofta medvetna om dessa tankar och beteenden, men kan inte själv kontrollera dem. Istället kan de inkräktande tankarna orsaka motverkande beteende samt andra symptom. (Carberg 2019a)

Dessa tankar kan till exempel vara sådana som att mamman oroar sig över att oavsiktligt orsaka babyn skada genom vårdslöshet, eller en rädsla över att exponera barnet för gifter och kemikalier eller andra miljöutsläpp. Dessa tankar kan leda till att mamman medvetet inte konsumerar vissa livsmedel eller läkemedel för att hon är rädd för att skada barnet, eller att mentalt gå igenom dagen för att försäkra sig om att inget dåligt har hänt barnet. (Carberg 2019a)

Enligt en studie som gjordes i Brasilien (Zambaldi et al. 2009) där man undersökte 400 kvinnor postpartum fann man att 2.3% kvalificerades för postpartum tvångssyndrom. Man kom även fram till att kvinnor generellt sett, men speciellt de med en historia av psykisk ohälsa, har en större risk för att insjukna i tvångssyndrom under postpartum perioden.

## 2.6 Postpartum panikångestsyndrom

Postpartum panikångestsyndrom, på engelska postpartum-onset panic disorder, är ett tillstånd nya mammor kan uppleva under de följande månaderna efter förlossningen. Till skillnad från förlossningsdepression, är postpartum panikångestsyndrom ett utlöst tillstånd som resulterar i en överdriven oro, rädsla och ångest i motsats till depression och nedstämdhet. Dessa känslor hindrar kvinnan från att fungera normalt, de ångest-relaterade tankarna resulterar i en fysisk respons i form av en panikattack. (Carberg 2019b)

Symptomen kan till exempel vara att undvika vissa saker eller platser utifrån en rädsla att något dåligt kommer att hända, en överväldigande och överdriven ångest, oro och rädsla eller en känsla av obehag under en längre period. Tre vanliga rädslor en kvinna med postpartum panikångestsyndrom kan ha är en rädsla för döden, en rädsla för att ha tappat kontrollen och en rädsla för att bli galen. Symptomen på en panikattack kan till exempel vara bröstsmärta och en tryckande känsla över bröstet, hög puls, andnöd, svettningar och yrsel. (Carberg 2019b)

Enligt en studie gjord i början på 2000-talet (Wenzel, Gorman, O'Hara & Stuart 2001) där man undersökte symptomen på såväl postpartum panikångestsyndrom som postpartum tvångssyndrom hos 788 kvinnor som har postpartum nedstämdhet visade det sig att 11% hade problem med panikattacker.

### **3 Syfte och frågeställningar**

Syftet med denna studie är att få en djupare förståelse för hur mammorna upplever förlossningsdepressionen och hur den påverkar dem och deras vardag. Respondenten är också intresserad av att få veta om deras förlossningsdepression har påverkat deras önskan om att få flera barn i framtiden. Frågeställningarna i studien kommer att vara följande:

1. Vad är mammornas upplevelser av förlossningsdepression?
2. Har förlossningsdepressionen påverkat mammornas önskan om att få flera barn, och i sådana fall på vilket sätt?

## 4 Teoretisk utgångspunkt

Respondenten har valt att använda Katie Erikssons teori om lidandet från 1994 som teoretisk referensram, eftersom en kvinna som insjuknat i en förlossningsdepression kan gå igenom många olika former av lidande.

### 4.1 Lidandet enligt Eriksson

Eriksson beskriver begreppet lidande som något som plågar människan, något människan måste leva med och utsätts för, den kan även beskrivas som en kamp eller till och med något meningsbärande eller en försoning. (Eriksson 1994, 18) Lidande och hälsa hänger också ihop. Genom lidande kan det ge hälsan en mening, eftersom människan då blir medveten om kontrasterna samt de egna inre resurserna hon har och vilka möjligheter det ger. (Eriksson 1994, 58)

Enligt Eriksson finns det olika former av lidande i vården, dessa benämner hon vid sjukdomslidande, vårdlidande samt livslidande. I vissa fall kan det vara svårt att skilja dessa åt, då de går in i varandra i verkliga situationer. Men genom att förstå dem var för sig kan man lättare känna igen dem i konkreta vårdsituationer. (Eriksson 1994, 77-78)

### 4.2 Sjukdomslidande

En vanlig orsak till sjukdomslidande kan vara ren kroppslig smärta i samband med en sjukdom. Dock ska man komma ihåg att smärta inte är en och samma som lidande, och inte heller alla sjukdomar vållar smärta. Men det finns en relation mellan smärta och lidande, vilket Eriksson tar upp i sin teori. (Eriksson 1994, 78) Hon menar att vi genom att reducera smärtan kan lindra ett outhärdligt lidande.

Sjukdomslidandet som begrepp kan delas in i underkategorier; kroppslig smärta samt själsligt och andligt lidande. Den kroppsliga smärtan är något som uppstår till följd av sjukdomen själv samt av behandlingen. Smärtan är inte enbart kroppslig, utan upplevs av hela människan. Det själsliga och andliga lidandet förorsakas av människans upplevelser i samband med sjukdomen, som till exempel kan vara känslor av skuld, förnedring och skam som människan kan ha i relation till sjukdomen eller behandlingen. Känslorna kan uppstå från människan själv eller som ett resultat av en fördömande attityd från det sociala sammanhanget eller från vårdpersonalen. (Eriksson 1994, 78-79)

### 4.3 Vårdlidande

Vårdlidandet har många olika former och upplevelsen är individuell. Vårdlidandet uppstår antingen på grund av vården eller på grund av utebliven vård. Även vårdlidandet som begrepp delas in i underkategorier; kränkning av patientens värdighet, fördömelse och straff, maktutövning samt utebliven vård. (Eriksson 1994, 81-82)

Kränkning av patientens värdighet är den mest förekommande formen av vårdlidande, man kan även spåra tillbaka alla andra former av vårdlidande till denna underkategori. Kränkning av patientens värdighet innebär att man fråntar henne möjligheten att vara människa och man fråntar henne möjligheten att använda alla de inre hälsoresurserna. Kränkningen kan ske genom både direkta och konkreta handlingar, som nonchalans vid tilltal eller att slarva med att skydda patienten vid personliga frågor eller vårdåtgärder som har med intima områden att göra. (Eriksson 1994, 82)

Fördömelse och straff kan till exempel uttryckas genom att vårdaren nonchalerar patienten och till exempel inte torkar henne om munnen efter maten då patienten själv inte är förmögen att göra det, det kan vara en djup förnedring för patienten. Eriksson påpekar också att det kan handla om en känsla av förnedring och straff som patienten känner som följd på att vårdpersonalen inte orkar ha ett samtal kring vad som upplevs av dem som svår eller besvärlig med patienten. (Eriksson 1994, 86)

Maktutövning är ett sätt att frambringa lidande hos patienten, man berövar patienten från hennes fria vilja. Maktutövning kan ske både direkt och indirekt, det kan till exempel vara att man tvingar patienten till att utföra handlingar som det kanske egentligen inte finns ork för. Maktutövning förekommer i många olika situationer och även i många olika grader. Den direkta maktutövningen handlar om att tvinga patienten till olika vårdhandlingar, och den indirekta maktutövningen handlar om en attityd hos vårdaren som i sin tur tvingar patienten till att handla mot sin egen vilja. (Eriksson 1994, 86-87)

Utebliven vård kan handla om att vårdaren inte förmår se och bedöma vilken typ av vård patienten behöver. Det kan handla om mindre förseelser som slarv eller helt medveten och direkt vanvård. Icke-vård innebär att man inte utför vård, eller där det inte finns någon vårdande dimension, detta har ofta sin grund i motivet bakom att vårda. Utebliven vård är också en kränkning av patientens värdighet och en form av maktutövning. (Eriksson 1994, 87-88)

#### 4.4 Livslidande

Det är många faktorer som hör med till helhetsbilden av en människas livssituation, som sjukdom, ohälsa och själva upplevelsen av att vara patient. Det liv som känns självklart för patienten rubbas och kan helt plötsligt mer eller mindre tas ifrån en. Livslidandet är ett lidande som inbegriper hela människans livssituation. Livslidandet kan vara allt ifrån att inte längre klara av olika sociala uppdrag, till att känna ett hot mot den totala existensen. Livslidandet är det lidande som har samband med allt vad det innebär att leva. (Eriksson 1994, 88)

Att förintas är en del av livslidandet. Det kan till exempel handla om att man har en känsla av att man kommer att dö, men inte veta när det kommer hända, detta är ett oerhört lidande. En annan form av att förintas är att inte bli sedd. En plötslig förändring i en människas livssituation, till exempel en sjukdomsdiagnos, innebär ett starkt livslidande och det kan vara svårt att med det samma hitta ett nytt meningssammanhang. Människan har tidigare känt sig hel, men i samband med en livsförändring känns det som att jaget blir upplöst, och att ens inre blir upplöst. (Eriksson 1994, 88-89)

Att ge upp, som också hör till livslidandet, är vanligt att möta inom vården. Patienten har en känsla av att vilja ge upp, detta kan ofta bero på att patienten inte har kvar någon vilja för att kämpa, hon finner inte längre någon uppgift i livet och känner sig sakna värde. (Eriksson 1994, 89)

## 5 Metod

I detta kapitel kommer respondenten att beskriva den kvalitativa forskningsmetoden som har använts i denna studie. Respondenten kommer att beskriva urvalet av informanter, vilken datainsamlingsmetod som har använts, hur datainsamlingen har gått till väga, vilken dataanalys metod som har använts samt hur den fungerar. Till sist tas det även upp en etisk diskussion.

Denna studie är en kvalitativ dokumentstudie. Enligt Marshall & Rossman (Henricson 2017, 111) och Polit & Beck (2018, 184) studerar man med en kvalitativ metod människors erfarenheter av ett fenomen, därför passar en kvalitativ metod utmärkt då syftet är att förstå kvinnors upplevelse av förlossningsdepressionen och hur den har påverkat dem. I en människas erfarenhet finns det inget som är rätt eller fel (Henricson & Billhult 2017, 111), något som är viktigt att komma ihåg då man studerar människors erfarenheter.

### 5.1 Urval av informanter

I en kvalitativ studie använder man sig av ett mindre urval av informanter. Då man gör en kvalitativ studie är det viktigare att man har färre informanter med varierande erfarenheter och som kan bidra med en mångsidig redogörelse för fenomenet, än en stor mängd informanter med en inte lika beskrivande redogörelse. Informanterna väljs inte heller slumpmässigt ut, utan forskaren själv väljer informanter som kan bidra med material som svarar på forskningsfrågorna, detta kallas för strategiskt eller ändamålsenligt urval. (Henricson & Billhult 2017, 115-116; Polit & Beck 2018, 199-200)

Ändamålsenligt urval kan också liknas vid Denscombes (2018, 68) beskrivning av ett subjektivt urval. Man använder det subjektiva urvalet för att garantera att man inkluderat ett brett tvärsnitt av människor. Denna metod ger forskaren möjlighet att välja ut de informanter som kan tillbringa den erfarenhet eller expertis som ger värdefull data för studien i fråga.

Informanterna i denna studie är sju kvinnor som drabbats av förlossningsdepression, tre kvinnor från Finland, två kvinnor från Sverige samt två kvinnor från USA. Detta för att få en större variation på kvinnornas etniska bakgrund och förhoppningsvis också en variation i deras erfarenheter och upplevelser. Alla kvinnorna medverkar frivilligt i ett podcastavsnitt för att berätta om sina upplevelser med en förlossningsdepression.



Kvinnorna var i ålderna mellan 24 och 31 år vid tillfället för insjuknandet, årtalen för insjuknandet är oklart i flera av fallen. Det kommer däremot fram i vissa av avsnitten hur länge sedan det är som mammorna insjuknat. Några av informanterna har tillfrisknat från förlossningsdepressionen, medan några av dem för tillfället befinner sig i tillfriskningsstadiet.

## 5.2 Datainsamling

I denna studie har dokument använts som datainsamlingsmetod. Då man använder dokument som datakälla kan de förekomma i många olika former, bland annat kan dokumenten vara av skriven text, så som böcker och artiklar. De kan också vara digital kommunikation, så som webbsidor, bloggar, podcaster och sms. Eller så kan de vara visuella källor, i form av bilder eller videor. (Denscombe 2018, 321)

Dokumentet har framför allt två användbara egenskaper då det kommer till forskning. Informationen som dokumentet ger överstiger dess egentliga värde, dokumentet förmedlar information som kan vara viktig och användbar i en forskning. Genom informationen som bokstavligen fås från dokument kan man även lära sig något djupare, man kan tolka dokumentet. Dessutom är den information som dokumentet innehåller permanent, den har sparats i ett visst format och existerar i alla fall i en överskådlig framtid. (Denscombe 2018, 321-322)

I denna studie har respondenten analyserat podcastavsnitt. Kraven på podcasterna är att de ska innehålla en kvinnas berättelse om hennes förlossningsdepression, de måste även vara från någon av följande länder; Finland, Sverige eller USA. Respondenten har använt sig av internet för att söka efter dessa podcaster. Som Denscombe (2018, 232) och Ali & Skärsäter (2017, 219) påpekar ger internet tillgång till stora mängder data med brett utbud, vilket i detta fall är mycket behändigt då respondenten vill ha en lite större variation på informanterna, dessutom är informationen tillgänglig då respondenten själv vill inhämta informationen.

Fördelarna med att använda sig av dokument som datainsamlingsmetod är tillgängligheten, kostnadseffektiviteten samt beständigheten i datan. Det är lätt för forskaren att få tillgång till datan, och de innehåller en stor mängd värdefull information. Det är också billigt för forskaren att få stora mängder data till exempel från officiell statistik. Dokumentet är ofta en beständig datakälla, och de är tillgängliga för granskning av offentligheten. (Denscombe 2018, 338)

Nackdelarna med att använda dokument som datainsamlingsmetod är trovärdigheten, den sekundära datan samt sociala konstruktioner. Forskaren måste ha ett kritiskt öga då det kommer till vilken data som används i forskningen, man måste bedöma källornas auktoritet och hur man i första hand fått tillgång till de ursprungliga uppgifterna, speciellt då det kommer till dokument som hittas på nätet.

Dokumenterna kan vara både uppdaterade med hög kvalitet eller föråldrade med dålig kvalitet, då man inte kan ha kontroll över all data som publiceras på internet. Forskaren måste också vara uppmärksam på att dokumenten oftast inte har producerats för att användas i forskningssyfte, utan med andra ändamål, därav den sekundära datan. Ibland kan dokumenten också bygga mer på skaparens egna tolkningar, än på en objektiv syn på fenomenet. (Denscombe 2018, 339)

### **5.3 Praktiskt genomförande**

För att hitta de podcaster som använts som datainsamling i denna studie har respondenten använt sig av sökmotorn Google. På sökmotorn Google användes olika fraser för att hitta podcaster som kunde användas som material i studien. Respondenten granskade podcastavsnitten och läste vad de olika avsnitten handlade om för att få en uppfattning om de skulle kunna användas som material i studien. Vissa avsnitt lyssnade respondenten på för att få en uppfattning om de kunde användas i studien eller inte.

För att hitta podcaster från Finland har sökorden ”förlossningsdepression”, ”podcast” och ”finland” använts. Respondenten fick ca 1 120 resultat med dessa sökord. Av dessa resultat på första sidan var inte alla podcastavsnitt, av de som var podcastavsnitt uppfyllde inte alla kraven, och endast ett podcastavsnitt hittades från en finlandssvensk podcast och denna valdes således ut. Efter att respondenten lyssnat på avsnittet kunde det konstateras att detta avsnitt kunde användas i studien.

För att hitta fler podcaster från Finland användes sökorden ”synnytysmasennus” samt ”podcast”, de sökorden gav ca 890 resultat. Alla dessa resultat var inte podcastavsnitt, och på första sidan hittades endast två podcaster, och dessa valdes ut då de i övrigt uppfyllde kraven, vilket respondenten kunde avgöra genom att läsa beskrivningarna om podcastavsnitten.

För att hitta podcaster från Sverige använde respondenten sökorden ”förlossningsdepression”, ”podcast” och ”sverige”. Respondenten fick ca 4770 resultat, på första sidan fanns ett antal podcaster som uppfyllde kraven, och en av dessa valdes ut slumpmässigt. Sökorden ”förlossningsdepression” och ”podd” användes också för att hitta fler podcaster från Sverige. De sökorden gav ca 4 920 resultat och en podcast från första sidan valdes ut. Respondenten läste igenom beskrivningen av dessa avsnitt och de kunde användas i studien.

Slutligen användes sökorden ”postpartum depression” och ”podcast” för att hitta podcasts från USA, respondenten fick ca 877 000 resultat, på första sidan fanns en podcast som utslutande handlade om erfarenheter av förlossningsdepression och därför valdes denna podcast, respondenten läste lite om de olika avsnitten och valde ut två avsnitt som ansågs vara relevanta och som ansågs kunna ge värdefull data åt studien.

## 5.4 Dataanalys

I denna studie analyseras datan med hjälp av en kvalitativ innehållsanalys. Den kvalitativa innehållsanalysen kan tillämpas på alla typer av texter, vare sig det handlar om skrift eller bilder. (Denscombe 2018, 402) Därför kommer det bra till användning i denna studie då det är podcaster som ska analyseras. En kvalitativ innehållsanalys används för att identifiera teman i den insamlade datan och sedan vidare olika mönster i de olika teman. (Polit & Beck 2018, 282) Den kvalitativa innehållsanalysen används för att kvantifiera fenomenet. (Denscombe 2018, 402; Elo & Kyngäs 2008) Jacobsen (2012, 146) beskriver det även som att man förenklar och berikar datan.

Enligt Elo & Kyngäs (2008) har den kvalitativa innehållsanalysen tre steg; förberedelser, organisering samt rapportering. Det finns även två olika tillvägagångssätt med kvalitativ innehållsanalys; induktiv innehållsanalys samt deduktiv innehållsanalys. I denna studie används induktiv innehållsanalys, och respondenten har valt att endast beskriva denna typ av analys.

Det första steget, förberedelser, innebär att man börjar med att välja ut olika enheter, det kan vara ett ord eller ett tema. Urvalet måste vara representativt, och enheterna kan vara mer än bara en mening, det kan också vara ett helt stycke, detta kan göra analysen lite svårare. Men om man väljer ut endast ett ord, en enhet som är alldeles för smal, kan det resultera i sönderfallning. Enheten kan väljas utifrån forskningsfrågorna. (Elo & Kyngäs 2008)

Forskaren måste också enligt Elo & Kyngäs (2008) bestämma sig för om man ska analysera det manifesta eller latent innehåll i texten. Latent innehåll innebär att man också uppmärksammar tystnad, suckar och skratt, vilket är behändigt om man till exempel ska analysera videomaterial eller intervjuer, och kommer således användas i denna studie.

Nästa steg handlar om att organisera datan. Denna process innebär att öppet koda datan, skapa kategorier och till sist abstraktion. Öppen kodning innebär att man skapar olika enheter som handlar om samma fenomen på samma gång som man går igenom datan. Dessa enheter bildar sedan kategorier, de kan vara både under- och överkategorier och innehåller liknande koder. Kategorierna ska beskriva fenomenet för att öka förståelsen och generera kunskap. (Elo & Kyngäs 2008)

Teman skapas genom att se den röda tråden mellan de olika kategorierna. (Danielsson 2017, 287) Man binder ihop olika koder, vilka bildar subteman och genom dessa kan man göra en djupare tolkning. De olika subteman med liknande innehåll bildar sedan teman.

Slutligen gör man en abstraktion. Abstraktionen innebär att man formulerar en generell beskrivning av forskningsresultatet genom kategorierna. Varje kategori benämns genom att använda olika ord som karakteriserar kategorin. De underkategorier som har liknande innehåll grupperas i olika kategorier, och dessa kategorier kallas huvudkategorier. Detta pågår så långt det går. (Elo & Kyngäs 2008)

För att öka trovärdigheten av en analys bör forskaren beskriva analysen i detalj så läsaren har en klar förståelse för hur analysen gått till, och så att styrkorna och svagheter kan identifieras. Resultatet av analysen beskrivs genom kategorier och deras betydelse. Innehållet i kategorierna beskrivs genom subkategorier. Figurer och tabeller kan användas för att dra kopplingar mellan datan och resultaten. Citat kan även användas för att visa varifrån de olika kategorierna kommer. (Elo & Kyngäs 2008)

## 5.5 Etisk diskussion

Alla studier berörs av olika forskningsetiska problem, oberoende av vilken metod och angreppssätt man använder (Kjellström 2017). Som forskare måste man under hela forskningsprocessen göra etiska val och prövningar. Innan undersökningen börjar, och under hela forskningen måste man fundera över hur undersökningen kan påverka informanterna, det vill säga de som undersöks, samt även hur andra kan uppfatta och använda forskningen. Under den tiden då undersökningen pågår måste man ständigt bedöma alla val man gör med hjälp av olika etiska principer, och man måste fundera över hur känslig informationen man samlar in är för informanten. (Jacobsen 2017, 34,36,41)

Denscombe (2018, 438) Beskriver fyra olika forskningsetiska principer som forskaren bör beakta, de handlar om hur undersökningen ska utföras. Den ska skydda informanternas intresse, garantera att informanterna deltar frivilligt och ett informerat samtycke gjorts, följer de nationella lagstiftningarna som kan vara relevanta samt att man som forskare undviker förfälskningar och att undersökningen sköts med vetenskaplig hederlighet.

I vissa forskningar då man lätt kan identifiera enskilda informanter, kan det bli fråga om att anonymisera data vid presentationen, något forskaren själv måste bedöma om är nödvändigt. Det kan till exempel handla om att avlägsna data som till exempel ålder och kön. Ibland kan man även bli tvungen att införa ”fel” i datan, som till exempel att ändra åldern eller könet på individen. Men då måste man försäkra att man inte förfälskar de övergripande resultaten. Läsaren måste även informeras om att dessa ändringar gjorts samt varför.(Jacobsen 2017, 36-37)

Då det kommer till forskning som använder dokument, speciellt dokument som inhämtats på internet kommer det upp frågor som berör informantens integritet. Det handlar om att forskningen görs på dokument som lagts ut på internet men inte i syftet att användas för forskning. Forskaren själv måste göra beslutet ifall man ska söka samtycke eller inte, angående användningen av dokumenten. Beslutet fattas med hjälp av att fundera över hur offentlig eller privat informationen är eller avsågs vara. (Denscombe 2018, 454)

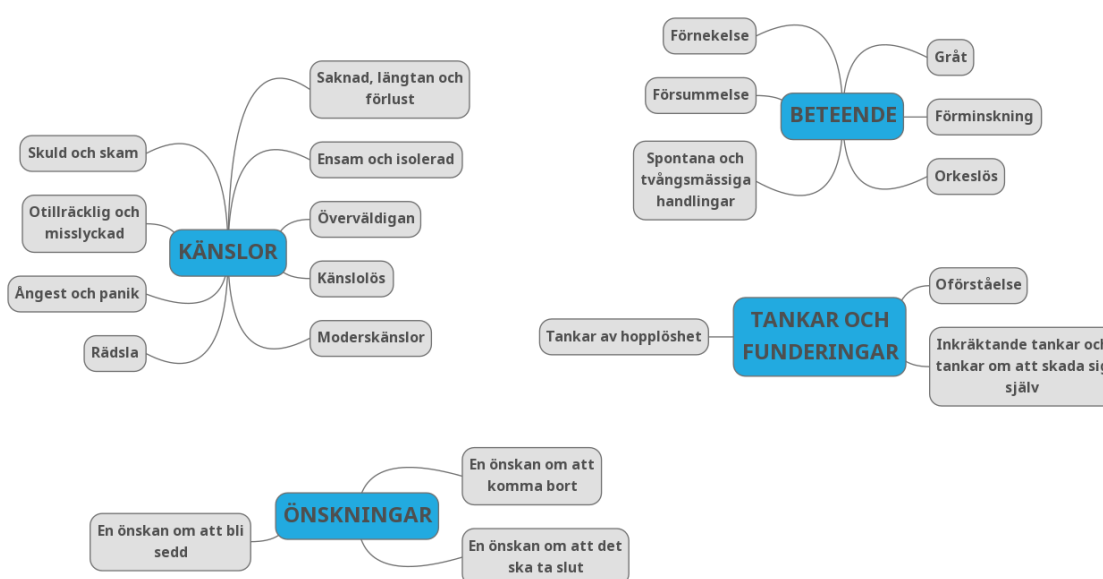
I denna studie har respondenten valt att inte ansöka om samtycke för att använda dokumenten, då respondenten ansåg att informationen delats för att finnas tillgängligt för offentligheten. Respondenten vill ändå värna om informanternas rätt till privatliv, och har därför valt att inte direkt skriva ut hur gamla informanterna är och hur många barn de har, när de har insjuknat samt från vilket land de är, för att de ska få bevara sin anonymitet.

## 6 Resultatredovisning

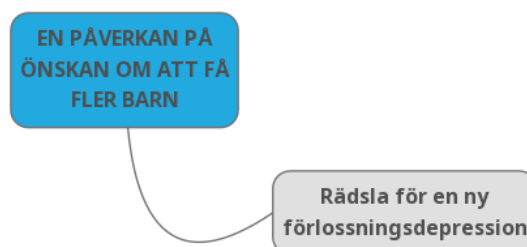
I detta kapitel kommer resultaten från studien att presenteras. Utgående från den kvalitativa innehållsanalysen har fyra huvudkategorier bildats med mammornas upplevelser; känslor, önskningar, beteende samt tankar och funderingar vilka alla svarar på den första frågeställningen. För studiens andra frågeställning har en huvudkategori utarbetats; en påverkan på önskan om att få fler barn.

Huvudkategorierna är markerade med **fet stil**. Vidare har sedan dessa huvudkategorier delats in i underkategorier, vilka är markerade med *fet kursiv stil*. Citat har tagits med för att höja trovärdigheten, citaten är betecknade med citattecken samt *kursiv stil*. Tre punkter inne i citaten innebär en paus, medan tre punkter i början på ett citat innebär att informanten sagt något annat innan, men att det tagits bort. För att utelämna personliga uppgifter som namn har dessa tagits bort och istället ersatts med följande tecken [...] samt en förklaring om vem det är mamman pratar om.

En bilaga är bifogad för att visa ett exempel på hur analysprocessen gått till (Bilaga 1). Eftersom citaten är i originalspråk finns en bilaga bifogad med översättningar av de citat som är på finska och engelska till högsvenska (Bilaga 2). Figur 1 redovisar för vilka huvudkategorierna samt underkategorierna är från den första frågeställningen, medan figur 2 redovisar för huvud- och underkategori från den andra frågeställningen.



Figur 1. Huvud- och underkategorier för första frågeställningen.



Figur 2. Huvud- och underkategori för andra frågeställningen.

## 6.1 Känslor

Känslorna som beskrivs av mammorna är många, det handlar om allt i från att känna skuld och skam till att känna sig misslyckad som mamma. Vissa av mammorna beskriver att de känner sig känslolösa och enamma och isolerade. Många av känslorna förekommer hos flera av mammorna, och ibland kan de till och med beskrivas på väldigt liknande sätt.

Utifrån de redogörelser som mammorna har av sina känslor från tiden då de hade förlossningsdepression har underkategorier utarbetats av de mest förekommande känslor; skuld och skam, otillräcklig och misslyckad, ångest och panik, rädsla, saknad, längtan och förlust, ensam och isolerad, överväldigad, känslolös samt moderskänslor.

**Skulden och skammen** som mammorna kände härstammar från många olika håll. En mamma skämdes för att hon mådde dåligt och kände på samma gång skuld och skam för att hon upplevde att hon var en dålig mamma.

*”Jag skämdes för att jag inte mådde bra.”*

*”Jag kände skuld och skam kring att jag upplevde mig som en dålig mamma.”*

*”Jag hade dåligt samvete och skuldkänslor.”*

En annan mamma beskriver att hon känner sig skyldig då dottern var mycket efterlängtd, men allt hon ville göra var att lämna henne.

*”En extrem skuld... hon var så önskad... och här sitter jag och gråter och vill lämna henne... såna oerhörda skulskänslor.”*

En mamma beskriver skuldkänslorna som så stora att hon snart inte skulle orka längre. En mamma kan beskriva att tiden med en förlossningsdepression var fylld av skuldkänslor och skam.

*''Jag orkar inte mer, orkar inte må så här mer, orkar inte ha de här skuldkänslorna mer.''*

*''Guilt.''*

*''I was feeling so guilty and ashamed.''*

*''I'm at my wits end constantly, and that in turn gives me the guilt, like you're a failure, you shouldn't have become a mom.''*

En mamma beskriver skuldkänslorna över att hela tiden vara irriterad eller att hon blir arg för minsta lilla sak, och att hon som en följd på detta kände det som att hon aldrig borde ha blivit mamma.

**Otillräcklig och misslyckad** är det många av mammorna som beskriver att de känner sig. Någon mamma beskriver att hon känner sig otillräcklig som partner, att hon inte räcker till åt sin man och deras relation blir lidande. Flera av mammorna beskriver att de känner sig otillräcklig och misslyckad som mamma.

*''Jag var världens sämsta mamma, världens sämsta partner.''*

*''Känner mig som en dålig mamma, otillräcklig.''*

En mamma säger att hon känner sig så oviktig, att det är som att hon inte längre hör till. Vem som helst kunde ju göra det jobbet som mamma som hon gör.

*''Jag känner mig oviktig.''*

En mamma förklarar att hon inte orkar vara med sina andra barn, vilket gör att hon känner sig misslyckad. En annan beskriver att hon känner sig så misslyckad och att det känns som att hon gör andra besvikna.

*''Olet epäonnistunut äitinä.''*

*''I'm such a failure, and I'm letting everyone down.''*



**Ångest och panik** kan förekomma i många olika former under en förlossningsdepression, vilket man märker då man får höra mammornas redogörelser. Tre av mammorna beskrev att de kände ångest och panik under tiden med förlossningsdepression.

*''Jag fick panik vid tanken på att jag måste vara ensam med barnen.''*

En av mammorna fick panik då hon tänkte på att hon kommer vara tvungen att vara ensam med barnen, hon var rädd för att något skulle hända som hon inte kunde göra något åt, till exempel att någon skulle bryta sig in i huset.

*''I can't go grocery shopping without having some sort of panic attack.''*

*''Sain paniikkikohtauksia.''*

De två andra mammorna beskrev att de fick panikattacker. Det kunde vara olika faktorer som utlöste panikattackerna. En mamma berättar att hon inte kan gå till butiken utan att få en panikattack.

**Rädsla** i många olika former förekommer i mammornas redogörelser om förlossningsdepressionen. En mamma beskriver att hon var väldigt rädd för vad andra skulle tycka och tänka då de fick höra att hon inte mår bra. En annan var rädd att andra skulle tycka att hon inte var tillräckligt bra som mamma.

*''Jag var rädd för andras kommentarer...'' du bara inbillar dig... klart de e tungt i början'', de va ja rädd för att de sko säga.''*

*''I was so scared that I would be seen as an unfit mom.''*

En annan mamma beskriver att hon var rädd för att vara hemma. Hon ville inte heller vara ensam med barnen, då hon inte kunde förklara vad det var som hände i hennes huvud med alla tankar hon hade.

*''...se että on kaunis koti, siellä ei oo mitään iloo jos sua pelottaa mennä kotiin.''*

*''Sit ku mee sinne kotiin, ja oot yksin niiden lasten kanssa, etkä tiedä mitä niinku... että mitä sun päässä tapahtuu.''*

Flera av mammorna var rädda för att något skulle hända barnen, till exempel att barnen skulle omhändertas.

*''Ja niinku sun lapset mene pilalle, ja nyt otetaan huosta, joku tulee ja ottaa ne, sitä mä pelkäsin eniten.''*

*''Worrying that he [the doctor] was gonna contact someone and my kids was gonna get taken away.''*

En mamma var rädd för att barnen kommer att få bestående men efter hennes tid med förlossningsdepression, att de skulle få ångest eller separationsångest.

*''I'm gonna give my kids anxiety, separation anxiety.''*

**Saknad, längtan och förlust** förekommer i många olika former. Det kan handla om att sakna euforin och lyckan som ofta förknippas med tiden efter ett nyfött barn.

*''Var är euforin? Lyckan?... Det var min konstanta känsla av livet.''*

Det kan också handla om att man inte har någon livslust längre, förlossningsdepressionen tar bort all lust att leva. Det kändes onödigt att finnas kvar då det inte fanns någon glädje i livet längre.

*''Jag hade ingen livslust.''*

Två av mammorna känner inte igen sig själva under förlossningsdepressionen, de har förlorat jaget. Känslorna och tankarna är främmande.

*''Känner int igen mig själv.''*

*''I don't feel like [myself] anymore.''*

Inte heller fanns lättheten, vilket var något en mamma längtade efter. Den där lättheten som andra säger att ska infinna sig efter förlossningen då barnet äntligen hade kommit, den saknade hon. Samma mamma fick inte heller några anknytningskänslor till barnet.

*''Den där lättheten fanns inte, den längtade jag efter.''*

*''Jag får inga anknytningskänslor.''*

Många av mammorna känner sig *ensamma och isolerade* under förlossningsdepressionens gång. Ibland handlar det om att det är mamman själv som isolerar sig, ibland handlar det om obefogade känslor av att vara ensam. En mamma beskriver att det känns som att ingen ser henne, vilket gjorde att hon kände sig väldigt ensam.

*''Jag avskärmade mig totalt.''*

*''Jag kände mig otroligt ensam.''*

*''Känner mig ensam.''*

En mamma beskriver förlossningsdepressionen som en isolerande upplevelse. Hon är aldrig ensam, för hon har sina barn med sig hela tiden, men ändå känner hon sig väldigt ensam.

*''It's such an isolating experience.''*

*''I'm never alone, but yet I feel alone all the time.''*

*''I felt so alone, so isolated.''*

Det beskrivs av en mamma att det är alla tankarna som man känner sig ensam med. Hon säger också att det för henne var ofrivilligt att hon isolerade sig. Känslan av ensamhet kunde också bero på att det kändes som att ingen förstod hur hon kände sig.

En känsla av *överväldigan* nämnde två av mammorna. Det var alla känslor de kände sig överväldigade av, de var så främmande och de visste inte hur de skulle kontrollera eller hantera känslorna.

*''Överväldigad i mina känslor.''*

*''I'm overwhelmed all the time.''*

Också allt det nya i samband med föräldrarollen var överväldigande, att hela tiden fundera över om man gör rätt och om man är tillräckligt bra. Det tillsammans med att de inte själva mådde bra ledde till en nästan konstant känsla av överväldigan.

På samma gång som det förekom många känslor i samband med förlossningsdepressionen kunde det också ibland vara så att mammorna inte kände någonting, de var **känslolösa**. En mamma berättade att hon fick låtsas le, för det fanns inga riktiga känslor inom henne.

*''Inga känslor.''*

*''Känslokall och fake:ade leenden... fanns int nå äkta känslor i mej.''*

*''Ja kände ingenting... men rädslan kände ja.''*

*''Sulla ei oo mitään tunteita.''*

Två av mammorna beskrev livet som grått, det fanns inga känslor, livet bestod av en och samma gråa vardag, och en känsla av tomhet i kroppen.

*''Allting kändes liksom grått och tomt.''*

*''Kaikki on sitä semmosta samanlaista harmaata.''*

En mamma kände ingenting, hon visste att hon borde känna sig glad och att allt borde vara bra, men för henne var tiden efter förlossningen inte sådan.

*''Se tuntui niin väärältä, kaikki piti olla hyvin, ja piti olla onnellinen, ja sit se eu tuntunutkaan siltä.''*

Mitt i dimman av en förlossningsdepression var det ändå två av mammorna som beskrev att de kände att de älskade sitt barn, det fanns **moderskänslor**.

*''Nyt ku mä katon tota lasta niin mä rakastan sitä, mut et sää niinku tavallaan kuitenkin tunne mitään.''*

*''Jag var lycklig, jag älskade [mitt barn], men allting kändes jobbigt och obekvämt och drygt.''*

Men att det trots detta inte var lätt. En mamma beskriver detta som att hon nog någonstans innerst inne vet att hon älskar sitt barn, men ändå känner hon ingenting. Trots att man ibland kunde känna sig lycklig och älskade sitt barn, så var livet jobbigt och tungt med en förlossningsdepression.

## 6.2 Beteende

Beteendet hos mammorna varierade mycket, vissa var orkeslösa och hade ingen motivation för något, och stannade helst bara hemma, medan nån annan mamma hade spontana handlingar och kunde plötsligt gå hemifrån och lämna allt. Det var inte heller ovanligt för mammorna att förminska sig själva, eller att förneka att de ens var sjuka från början.

Utifrån mammornas berättelser har underkategorier utarbetats för att redogöra för deras beteende under förlossningsdepressionens gång, dessa är följande; förnekelse, gråt, förminskning, orkeslös, förslummelse samt spontana och tvångsmässiga handlingar.

**Förnekelse** fanns bland flera av mammorna. En av mammorna beskrev flera gånger att hon förnekade sjukdomen. Hon ansåg själv att hon var för stark för att insjukna i en sjukdom som förlossningsdepression.

*''Ei mulla oo sitä [synnytyshuoneesta], mä on liian vahva semmoseen. ''*

*''Mä on vahva ihminen, ei mulle tuu sellaista. ''*

Två av mammorna beskrev också att de inte ville medge att de behövde hjälp. De kände det som att de borde klara allting själv, eftersom många andra mammor gör det.

*''Mä en halunnut että mä kaipaen apua. ''*

*''Jag skulle fixa allting, fortsätta som det var. ''*

Förnekelsen kunde också handla om att förneka hur dålig situationen var eller att föräldraskapet var tungt. Eller att förneka känslorna, och istället för att ta itu med dem trycka ner dem.

*''I pushed everything down. ''*

*''I was so trapped inside my own head, I didn't want to admit that motherhood was hard, I didn't want to admit that I was in a bad place. ''*

En mamma beskriver att hon inte var ärlig mot sig själv, hon förnekade hur svår situationen var och berättade istället åt sina nära hur underbart mamma-livet var. Samma mamma berättar att hon bara fortsatte, vilket gjorde att hon grävde ner sig allt mer.

*''I wasn't being true to myself; I was telling everyone how great it was. ''*

*''I just kept going, I just kept digging myself into a deeper hole.''*

Då man inte vet vart man ska göra med sina känslor, eller vad det är som man egentligen känner kan den enda utvägen vara att **gråta**. Flera av mammorna beskriver att de kunde gråta hejdlöst, utan att veta varför.

*''Jag grät och grät och grät.''*

*''Sää vaan itke ihan holtettomasti, etkä sä tiedä miksi.''*

För en av mammorna var det som att allt plötsligt släppte, och efter att hon började gråta kunde hon inte sluta. Minsta lilla sak kunde få henne att gråta. Andra mammor nämnde bara att de var väldigt gråtmilda eller grät hela tiden.

*''Det är som alla tårar man hållit inne... dom bara flyger ut.''*

*''Olin tosi itkuinen.''*

*''I was crying all the time.''*

Att gråta är ett sätt att få utlopp för alla känslor man har inom sig. Det var också ett sätt för mammorna att sedan gå vidare, nu hade man gråtit, och då kan man igen fortsätta en tid

*''Crying hysterically on the bed.''*

*''I would sit all night in the nursery and sob, and I wouldn't tell anyone the next day.''*

**Förminskning** förekommer vid en förlossningsdepression visar mammornas redogörelser. Det handlar om att förminska sig själv i sjukdomstillståndet, att man inte är tillräckligt stark för att man insjuknade eller att man bara inbillar sig och att det egentligen inte är så farligt som man tror att det är.

*''Jag förminskade mig själv.''*

*''Ja trodd int att ja hadd tillräckligt förlossningsdepression för att få hjälp.''*

*''Vill vara andra till lags.''*

En mamma beskriver att hon inte trodde att hon var tillräckligt sjuk för att få hjälp. Hon tänkte att det kanske var baby bluesen som var utdragna, eller att hon bara inbillade sig. Samma mamma beskriver också att hon ville vara alla andra till lags, hon struntade i vad hon själv ville och tänkte på vad alla andra tyckte och ville istället.

*''Hela tiden hade man den här känslan av att men de är inte så farligt, dom alla andra klarar det ju, de är ju ingen som tror på en.''*

*''Man förminskar sig själv i det.''*

En mamma beskriver det som att det kändes som att alla andra visste hur de skulle göra, att föräldraskapet var lätt, det var inte någon konst att ta hand om ett barn. Men det tyckte inte hon, hon tyckte att det var svårt och hon visste inte alls vad hon skulle göra för att till exempel trösta sitt barn.

*''It was feeling like everyone else had it all figured out, and I didn't.''*

*''Musta tuntui että piti pärjätä yksin, en voinut pyytää apua keneltäkään, musta tuntui että olen vaivaksi.''*

En annan mamma trodde att hon måste klara sig själv, att hon inte fick fråga om hjälp utan då skulle hon bara vara till besvär, det var helt enkelt meningen att hon skulle klara av allting själv.

Många mammor kände sig **orkeslösa**, det fanns inte någon motivation för något, man vill inte träffa andra, man orkar inte ta hand om varken sig själv eller det nyfödda barnet. En mamma beskriver att hon tillsammans med orkeslösheten dessutom hade koncentrations-svårigheter, vilket ökade känslan av orkeslösheten.

*''Ingen motivation.''*

*''Koncentrationssvårigheter, vill int göra nånting, hade dåligt korttidsminne.''*

En mamma säger att hon helt enkelt inte orkar mer, inte med någonting. Hon vill inte vara sjuk, hon vill inte må dåligt och hon vill inte ta hand om en nyfödd baby. En annan mamma berättar att hon var så orkeslös att alla sysslor där hemma lämnade ojordade.

*''Jag orkar inte mer.''*

*''I couldn't function.''*

*''En vaan jaksaa enää mitään, kotityöt jäi tekemättä.''*

En tredje mamma säger rakt ut att hon inte kunde fungera på rätt sätt, hon visste inte hur man fungerade som normal, allting kändes konstigt. Hon hade ingen ork att göra nånting, helst ville hon sitta i soffan och bara stirra.

För två av mammorna förekom **försummelse** i två olika former under tiden för förlossningsdepressionen. Den ena mamman berättar att hon försummade sin nyfödda baby, hon hade varken tid, ork eller intresse att tänka på och ta hand om den nyfödde, all hennes energi lade hon till att ta hand om den äldre sonen.

*''He was just kind of like the second thought, I was putting all my energy towards my first son.''*

*''I didn't take care of myself, I didn't take time to myself.''*

Den andra mamman berättar att hon försummade sig själv, hon varken tog hand om sig själv eller tog tid för att vara ensam. Hennes energi gick åt till att orka ta hand om den nyfödda babyn.

Två av mammorna beskriver att de hade **spontana och/eller tvångsmässiga handlingar** under förlossningsdepressionen. Mamman med spontana handlingar beskriver att hon plötsligt kunde få en så stark önskan om att lämna hemmet och barnen att hon helt enkelt klädde på sig och gick ut.

*''Jag klädde bara på mig och så gick jag... jag bara gick och jag gick... bara grät och grät...''*

Den andra mamman upplevde tvångsmässiga handlingar. Hon kände sig tvungen att göra vissa saker i en viss ordning, till exempel då hon skulle natta hennes nyfödda.

*''I have to say the same things to him when I put him to bed, give him three kisses on the forehead, turn on his babymonitor and then turn off his lights.''*



*''That's an OCD thing for me, like I feel like I have to breastfeed him.''*

Hon kände också att hon måste amma baby. Både för att hon kände att bröstmjolk är bättre än ersättning, men också som ett sätt att trösta barnet och för att försäkra sig om att det får tillräckligt med mat och blir mätt.

### 6.3 Önskningar

Önskningarna mammorna har varierar lite, men många nämner att de önskar att de skulle bli friska eller önskar att de skulle få komma bort – från familjen, den nyfödde, hemmet samt hela situationen. På samma gång fanns det också en önskan hos vissa att bli sedd, enamheten och isoleringen som är en stor del av förlossningsdepressionen, bidrar till en känsla av att man inte blir sedd eller validerad, vilket några av mammorna ville.

Flera mammor hade en **önskan om att komma bort**. En mamma berättar att hon vill komma bort från hemmet, hon ville inte ha ett så stort ansvar som det innebär att vara mamma, hon ville inte över huvudtaget vara mamma. Allt hon ville var att komma bort.

*''Jag vill inte finnas, jag vill inte vara där, jag vill inte ta ansvar, jag vill inte vara mamma.''*

*''Jag vill lämna allt.''*

*''Hur ska jag komma härifrån, utan att någon ska kunna ifrågasätta mig.''*

En mamma redogör för att hon bara vill lämna allt, hon vill lämna sin sambo, sitt barn och sitt hem. Hon berättar att hon flera gånger funderade över hur hon ska kunna rymma hemifrån utan att någon ska ifrågasätta henne och försöka stoppa henne.

*''Jag vill inte dö, jag vill bara försvinna, jag vill inte va här.''*

*''My biggest dream was to disappear, I didn't have suicidal thoughts, but I really truly believed in my heart that my family would be better without me.''*

*''Mä halusin juosta pakoon.''*

En annan mamma berättar att hennes största önskan var att försvinna. Hon ville inte ta livet av sig, men hon trodde att hennes familj skulle klara sig mycket bättre utan henne. En tredje mamma berättade att hon helt enkelt ville rymma hemifrån, hon ville bort från allting som hade med hemmet och den nyfödda baby att göra.

En mamma beskriver att hon hade en **önskan om att det ska ta slut**. Dagarna kändes långa och outhärdliga. Hon önskade också att förlossningsdepressionen skulle ta slut, att hon skulle ta sig igenom det levande.

*''Kan inte den här dagen ta slut?''*

*''Kan inte allt det här vara över, jag vill bli frisk och jag vill komma levande ur det här.''*

Två av mammorna redogör om att de har en **önskan om att bli sedda**. Förlossningsdepressionen är en isolerande upplevelse och ofta karakteriserad av ensamhet, vilket gör att mammorna kan känna sig osedda. En mamma berättar att hon vill att någon ska se henne och validera de känslor som hon känner.

*''I wanted someone to save me and see me, to tell me everything was gonna be fine.''*

*''I wanted someone to see me, to validate me.''*

En annan mamma berättar att hon vill att någon ska se henne och rädda henne från förlossningsdepressionen och berätta för henne att allting kommer att bli bra en dag.

## 6.4 Tankar och funderingar

En förlossningsdepression för med sig många tankar och funderingar. De kan handla om sjukdomen, varför det är just man själv som har drabbats, när det kommer vara över eller tankar om att skada sig själv.

Några mammor nämnde att de hade **tankar av hopplöshet**. En mamma berättar att hon funderade över varför hon levde, hon hade inte självmordstankar, men hon funderade över livet med förlossningsdepression. I vissa stunder var hon säker på att livet inte skulle se ut så som det var för henne, och i andra stunder var hon inte säker på det, kanske alla hade det så som hon hade det.

*''Varför lever ja ens?... Ska de vara såhär?''*

*''Kommer ja nånsin att koma ur dehär?''*

*''Kun sulla on se synnytymasennus, se elämä on niin siinä hetkessä.''*

En mamma kände sig hopplös, hon visste inte om hon någonsin skulle ta sig ut ur förlossningsdepressionen, hon visste inte heller hur hon skulle ta sig ur det. En annan mamma berättar att under hennes förlossningsdepression handlade allting om nuet, att ta sig igenom den här dagen, hon kunde inte blicka framåt och fundera över framtiden.

Både *inkräktande tankar och tankar om att skada sig själv* kan också förekomma vid en förlossningsdepression. En av mammorna berättar att inkräktande tankar till exempel är sådana händelser som man inte vill att ska hända, men man föreställer sig ändå att de ska hända, som att falla ner för trappan med barnen i famnen.

*''The intrusive thoughts are like falling down the stairs with them [the kids].''*

*''He [the doctor] asked me if I had thoughts of harming myself, and I did, but I did not have a plan... But I lied, and said no, so I could stay home with my family.''*

Samma mamma berättar att hennes läkare frågade henne om hon hade tankar på att skada sig själv, vilket hon hade, men hon vågade inte berätta sanningen. Hon hade inte någon plan på hur hon skulle göra, men hon hade funderat på det.

Även tankar av *oförståelse* förekommer hos mammorna. En mamma undrade om hon bara inbillade sig, om det inte var påriktigt, om hon bara inbillat sig att hon mår dåligt och att hon inte hade förlossningsdepression.

*''Vad håller jag på med? Allting är ju så bra, ja mådd ju så bra under graviditeten och ja hadd en perfekt förlossning... varför ska ja böri me nå sän här nu''*

*''Inbillar jag mig?''*

*''Mä ajattelin kaikki aisiat että johtuu siitä että olen epäonnistunut.''*

En annan mamma skyller på sig själv, hon förstår inte varför hon nu ska börja må dåligt, både graviditeten och förlossningen hade varit perfekta. Hon själv ansåg att hon borde må bra nu. En annan mamma berättar att hon trodde att allting, hennes förlossningsdepression, hennes dåliga mående, att allt det berodde på att hon var misslyckad som mamma.

## 6.5 En påverkan på önskan om att få fler barn

Det var inte många av mammorna som nämnde något om att deras önskan att få barn har ändrats eller förblivit opåverkad efter deras upplevelse av en förlossningsdepression, vilket den andra frågeställningen undersökte. Endast tre av de sju mammorna tog upp detta ämne i podcasterna. Alla tre mammor nämnde att de hade en *rädsla för en ny förlossningsdepression* ifall de någonsin fick fler barn.

*''Jag skulle inte ha fler barn... Jag var så otroligt rädd för att hamna där igen.''*

*''I had a lot of anxiety, of going back into that space... I believed I was gonna go back to that space.''*

Två av mammorna fick sin förlossningsdepression efter det första barnet, men kom sedan att få ett till barn några år senare. Och deras redogörelse för rädslan om att få en ny förlossningsdepression kommer från tiden efter det första barnet då de hade tillfrisknat från förlossningsdepressionen.

*''I always wanted to have three kids, but after this I don't know if I can have another one.''*

Den tredje mamman som för tillfället befinner sig i tillfriskningskedet, och som fick sin förlossningsdepression efter det andra barnet, redogör för en rädsla som hon har just nu. Hon vet inte om hon vill ha något tredje barn efter att ha upplevt en förlossningsdepression, även om hennes dröm alltid varit att ha tre barn.

## 7 Resultatdiskussion

I detta kapitel kommer respondenten att tolka hur mammorna har upplevt sin förlossningsdepression samt på vilket sätt förlossningsdepressionen har påverkat deras önskan om att få fler barn. Respondenten kommer att utgå ifrån vårdteorin som använts i studien, det vill säga Erikssons teori om lidande från 1994, samt den teoretiska bakgrunden som redogjorts för och jämföra dessa med resultatet. Diskussionen kommer att göras enligt huvudkategorierna som utarbetats i studien.

Inte många studier hittades där man specifikt undersökte mammornas upplevelser av förlossningsdepression, utan ofta har man riktat in sig på orsaker och riskfaktorer istället. En studie hittades från Sverige som var intresserade av de tidiga tecknen på förlossningsdepression, denna studie presenterades i den teoretiska bakgrunden, och det är denna tillsammans med de övriga källorna som främst kommer att jämföras i detta kapitel tillsammans med resultatet från denna studie.

### Känslor

Känslorna som mammorna hade under tiden med förlossningsdepressionen är många, och en hel del förekommer hos flera av dem. Mammorna kände sig ensamma och isolerade sig från familj och vänner. Alla känslorna fick dem att känna sig överväldigade, men ibland var de även känslolösa och kände ingenting, allt var grått och tomt. En mamma berättar att då hon tittade på sitt barn vet hon att hon nog älskar sitt barn, men ändå känner hon ingenting.

Mammorna berättar om många olika rädslor de hade, rädslor för att något skulle hända barnen, att de skulle bli omhändertagna var en rädsla flera mammor hade. Mammorna var också rädda för åsikter och tankar som personer i deras omgivning hade om dem. De kunde också vara rädda för att vara hemma. Flera av mammorna kände sig otillräckliga och misslyckade. De kunde känna att de inte räckte till för sin partner, de kände sig också misslyckade som mamma.

Skuld och skam är något som karakteriserar tiden med förlossningsdepression. En mamma berättar att hon skämdes för att hon inte mådde bra, en annan skämdes för att hon inte upplevde sig som en bra mamma. Några av mammorna beskriver att de upplevt ångest och panik, en mamma hade panikattacker varje gång hon var i butiken. Det kommer också upp om saker som mammorna saknar eller längtar efter. En mamma beskriver att hon längtar efter lyckan som alla säger att kommer efter att man fått barn, en annan saknar livslust.

Alla dessa känslor beskrivs också i den teoretiska bakgrunden. Duodecim (2018b) beskriver känslor som ångest, panikattacker, rädslor för att skada barnet, nedstämdhet och ledsenhet. Reuter (2011) beskriver att det är vanligt att dra sig tillbaka och isolera sig från vännerna och familjen. I studien gjord i Sverige (Edhborg, Friberg, Lundh & Widström 2005) beskriver man också att mammorna hade liknande känslor, känslor av misslyckande, skam, besvikelse, ensamhet. Mammorna i den studien var också rädda för att vara ensamma med barnet, eller rädda för att något skulle hända det.

Eriksson (1994, 78-79) beskriver i sin teori att det uppstår lidande i förhållandet till sjukdomen, det kallas även för själsligt eller andligt lidande, och känslor som skuld, förnedring och skam i relation till sjukdomen förekommer. Detta är vad vissa av mammorna känner, de skäms för att de mår dåligt. Men det kan också kopplas till livslidandet. Förlossningsdepressionen har påverkat alla delar av deras liv. En plötslig förändring, som Eriksson beskriver orsakar livslidande, har skett i mammornas liv. De klarar inte heller längre av sociala situationer, vilket Eriksson beskriver är en del av livslidandet.

## **Beteende**

Beteendet hos mammorna var varierande, även om vissa beteenden förekom hos flera av dem. Ett exempel på detta är gråt. Mammorna beskriver att gråta var som att få ge utlopp för alla de känslor som man inte kunde beskriva eller förstå. Vissa av mammorna kände sig orkeslösa under tiden med förlossningsdepressionen, det fanns inte intresse eller för något, hushållssysslorna lämnade ogjorda, inte heller ville man träffa vänner och familj.

Både förnekelse och förminskning fanns bland mammorna. Några av mammorna förnekade att de var sjuka, de kunde helt enkelt inte förstå att dom själva skulle ha insjuknat i en förlossningsdepression. Vissa av mammorna förnekade att de behövde hjälp, andra förnekade alla känslorna. Förminskning fanns hos vissa mammor, bland annat i den formen att de inte ansåg att de var tillräckligt sjuka för att få hjälp, eller att alla andra klarar ju det, så varför skulle inte de göra det.

Också försummelse förekom hos vissa av mammorna, nån mamma berättade att hon försummade sin nyfödde baby och istället fokuserade all sin energi på sin äldre son. En annan mamma berättar att hon försummade sig själv, hon struntade helt i sig själv och lade all energi på babyn eller på andra i sin omgivning.

De spontana- och tvångsmässiga handlingar som fanns hos mammorna var för en mamma att hon plötsligt kunde lägga kläder på sig och gå ut, totalt strunta i babyn och familjen och bara lämna hemmet. En annan mamma som hade tvångsmässiga handlingar berättade att hon var tvungen att göra allting i en speciell ordning på kvällen då hon nattade sin baby, att amma babyn kunde också kännas som något man var tvungen att göra.

I det material som använts för den teoretiska bakgrunden har det inte kommit upp något om speciella beteenden en mamma kan ha vid en förlossningsdepression. Duodecim (2018b) nämner att självmordstankar kan förekomma, vilket kan kopplas till tvångsmässiga handlingar, men ingen av mammorna i denna studie uppgav att de skulle ha utfört någon form av självskadebeteende, även om en mamma berättar att hon funderat över det.

Mammornas beteende kan jämföras och knytas till det som Eriksson (1994, 88-89) beskriver som livslidande. Livslidandet påverkar hela människans livssituation. Förlossningsdepressionen påverkar alla delar av mammornas liv, så mycket att också deras beteende förändras av förlossningsdepressionen. Med livslidandet kommer också svårigheter att klara av sociala situationer, vissa av mammorna i denna studie berättade att de inte vill eller orkar träffa vänner och familj längre.

## **Önskningar**

I mammornas redogörelser för deras tid med en förlossningsdepression kom det upp vissa önskningar de hade. En del mammor önskade att de kunde komma bort, både från sjukdomen men också från hemmet. Hemmet kunde kännas som ett fängelse, och där påmindes man om allt relaterat till förlossningsdepressionen, alla tankar man kämpade med. I hemmet var man mamma, men om man kunde slippa bort en stund kanske man kunde vara den man var innan man blev mamma, och inte tvingas ha allt det ansvar som kommer med moderskapet.

Maeve (2018, 543-544) beskriver detta på ett liknande sätt som mammorna uttryckte det, mamman känner inte igen sig själv, och hon är förvirrad i sin roll som mamma, därav en önskan om att komma bort. Mammorna önskade också att de skulle bli sedda, och validerade, att någon skulle se dem och deras känslor, och inte bara se dem som den nya mamman. Mammorna ville också att det ska ta slut, både själva förlossningsdepressionen, men också om det till exempel hade varit en sämre dag, då kunde de önska att dagen bara skulle ta slut.

Inget om önskningar kommer upp i den teoretiska bakgrunden om önskningar. Men allt detta kan knytas samman med det som Eriksson (1994, 88-89) beskriver som livslidande. Livslidandet inbegriper hela människans livssituation. Mammornas önskningar handlar nästan uteslutande om något som kan kopplas till förlossningsdepressionen, att få komma bort från förlossningsdepressionen, att den ska ta slut och man ska få återgå till det normala livet. Att känna att man inte blir sedd, som mammorna önskade att de skulle bli, är enligt Eriksson en del av livslidandet som hon kallar för att förintas. Att inte bli sedd och validerad orsakar stort lidande för mammorna, enligt Erikssons teori.

### **Tankar och funderingar**

Tillsammans med förlossningsdepressionen kommer många tankar och funderingar. Mammorna berättar att de har tankar av hopplöshet, de kan inte se framåt, allting handlar om nuet. De funderar över varför de ens lever, om livet ska se ut såhär. De har också tankar av oförståelse; varför var det just man själv som drabbades, allt var ju så bra tidigare, om allt detta egentligen bara är inbillning, om allt detta beror på att man är en dålig mamma. Några av mammorna upplevde också inkräktande tankar och tankar på att skada sig själv, en mamma vågade inte erkänna för sin läkare att hon hade tankar på att skada sig själv, en annan mamma berättar att hon hade inkräktande tankar där hon föreställde sig att barnen skulle skada sig på något sätt.

Duodecim (2018b) beskriver att sådana här tankar kan förekomma då man har en förlossningsdepression; tvångsmässiga tankar som man inte kan styra, rädslor för att barnet ska skadas kan också förekomma. I studien gjord i Sverige (Edhborg, Friberg, Lundh & Widström 2005) berättade också mammorna att de hade tankar av oförståelse, de ansåg att de borde vara glada då babyn är frisk. Vissa av de mammorna hade också tankar på att något skulle hända barnet när de var ensamma med det.

Det här kan kopplas till det som Eriksson (1994, 78-79) kallar för det själsliga och andliga lidandet. Detta lidande uppstår i relation till sjukdomen. Det är sjukdomen och den situation som den sätter mammorna i som gör att dessa tankar och funderingar uppstår. Det kan uppstå både från mamman själv, eller som ett resultat från den sociala omgivningen. Vissa av tankarna och funderingarna uppstod från mammornas egna funderingar, men andra uppstod till följd av att de jämförde sig med andra mammor och funderade på vad folk i deras omgivning skulle tycka och tänka om dem som mamma med förlossningsdepression.



Deras tankar och funderingar kan också kopplas till livslidandet (Eriksson 1994, 88), det liv som mammorna tidigare haft som varit en självklarhet är plötsligt borta, en plötslig förändring i livssituationen medför stort lidande. Kvar finns en ny verklighet som är fylld med tankar och funderingar som inte tidigare funnits där, och som man inte förstår och inte kan styra. Det här blir ett stort lidande för mammorna.

### **En påverkan på mammornas önskan om att få fler barn**

I den teoretiska bakgrunden som är baserad på litteratur och forskning kommer det inte upp något som har med den andra frågeställningen i denna studie att göra. Resultatet på frågan kommer istället att diskuteras och jämföras med Erikssons teori om lidande.

De tre mammor som gav svar på den andra frågeställningen svarade alla att de var rädda för att få en ny förlossningsdepression, de var rädda för att hamna i den mörka verkligheten igen. Eriksson redogör i sin teori för att lidandet kan ge hälsan en mening. (Eriksson 1994, 58) Kanske är det så för mammorna att de har fått en bild av hur lidandet kan vara i och med deras upplevelse av en förlossningsdepression, och därför vet de värdet av hälsan, av att vara frisk, och därifrån kommer rädslan för att bli berövad på hälsan ifall de skulle få förlossningsdepression igen.

Man bör även diskutera det faktum att det endast var tre av sju mammor som gav svar på den andra frågeställningen. Man måste ta i beaktan att för flera av dessa kvinnor är förlossningsdepressionen något som hänt för många år sedan, för vissa har det gått närmare 10 år. Kan det då till exempel handla om att mammorna har glömt bort hur det kändes att vara i den situationen, de kanske minns det stora hela, och vissa specifika upplevelser som de hade, som bland annat rädslorna och att de kände sig misslyckade. Men de kanske inte minns hur det var att vara i den situationen varje dag, och att hela tiden ha dessa tankar, de kanske har glömt bort mycket och nu när de är friska kan de inte helt föreställa sig tillbaka till den situationen.

## 8 Metoddiskussion

I detta kapitel kommer respondenten att granska studiens trovärdighet, styrkor och svagheter och diskutera kring studiens kvalitet. Respondenten kommer att gå igenom forskningsprocessen för att granska denna, även förslag på förbättringar tas upp. Respondenten kommer även att påvisa att studiens syfte och frågeställningarna har blivit besvarade.

### 8.1 Trovärdighet

Trovärdigheten kan stärkas genom att man går igenom forskningsprocessen och forskaren kan förklara vad som har gjorts. Forskningsprocessen började med att respondenten bekantade sig med ämnet genom att läsa böcker, studier och vetenskapliga artiklar, och bakgrunden började utformas. Inga studier hittades som hade haft samma vinkel som denna studie, en inriktning på om mammornas önskan om att få fler barn blivit påverkad, vilket var synd eftersom det kunde ha bidragit med värdefull information.

Redan i ett tidigt skede visste respondenten vad den första forskningsfrågan skulle vara; Vad är mammornas upplevelser av förlossningsdepressionen? Det var hur förlossningsdepressionen påverkade mammorna, deras vardag och vilka symptom de hade som intresserade respondenten. Under tiden som respondenten samlade in kunskap om förlossningsdepression utvecklades intresset för den andra frågeställningen, har förlossningsdepressionen påverkat mammornas önskan om att få flera barn, och i sådana fall på vilket sätt?

I ett tidigt skede visste också respondenten att det var podcasts som skulle användas eftersom det skulle vara lätt att få data från informanterna och eftersom det finns så många podcasts online, men det visade sig inte vara så lätt att hitta podcasts som uppfyllde kraven. Då en podcast hade uppfyllt kraven lyssnade respondenten på avsnittet två gånger, först bara för att bekanta sig med avsnittet och andra gången för att skriva ner anteckningar och meningenheter som kunde ha betydelse för studien, och som sedan kom att bli de meningenheter som användes i analysprocessen.

Då alla podcaster hade blivit analyserade var det dags för analysprocessen av meningsenheterna, och underkategorierna och huvudkategorierna bildades. Sedan var det dags att redogöra för resultatet, vilket gjordes på ett beskrivande och trovärdigt sätt då citat från de olika podcasterna tagits med för att visa på trovärdigheten.

Båda forskningsfrågorna har blivit besvarade, vilket man kan se i resultatredovisningen. Också syftet för studien har uppfyllts, vilket man kan se genom de huvudkategorier som skapats av datan, då syftet med studien var att få en djupare förståelse för hur mammor upplever en förlossningsdepression, hur det påverkar deras vardag samt om deras önskan om att få fler barn har påverkats efter upplevelsen av en förlossningsdepression. Efter redovisningen jämfördes resultatet tillsammans med vårdteorin och den teoretiska bakgrunden.

## 8.2 Styrkor och svagheter

Vissa av källorna som användes i studien var en aning fattiga på data, men hade några värdefulla insikter, och de uppfyllde kraven på informanterna. Eftersom respondenten inte hittade några andra källor som kunde användas togs dessa med trots det faktum att de inte var så detaljrika. Detta kan ses som en svaghet i studien. Dessutom svarade inte majoriteten av podcasterna på den andra frågeställningen, vilket kan ses både som en svaghet men också en styrka, eftersom det i sig själv säger något om den frågan, vilket tagits upp i resultatdiskussionen.

En av styrkorna i studien är att informanterna har ganska olika bakgrunder, i och med att de kommer från flera olika länder, är i olika åldrar, har drabbats av sina förlossningsdepressioner både nyligen och för många år sedan. Detta ger studien en större diversitet bland informanterna vilket förhoppningsvis påverkar resultatet på ett positivt sätt. Det kan dock också påverka resultatet på ett negativt sätt, då vissa av mammorna upplevt förlossningsdepressionen för en lång tid sedan. Det faktum att det finns ett så stort avstånd mellan nuet och mammornas upplevelser av förlossningsdepressionen kan möjligtvis göra att mammorna inte minns allting, och genom detta kan man gå miste om värdefull information.

Respondenten kunde också ha tolkat mera vad mammorna sa och berättade, läst mer mellan raderna för att fundera ut om det är något som de inte säger rakt ut, då kunde resultaten blivit ännu mer detaljrika, och även tagit i beaktan hur mammorna lät när de berättade om sina förlossningsdepressioner. Till exempel grät en mamma under nästan hela tiden som hon berättade sin historia, vilket tyder på att det, även om det gått några månader sedan hon blev frisk, fortfarande orsakar problem i hennes liv då hon påminns om förlossningsdepressionen. Detta kunde ha tagits upp och kanske kunde en till underkategori skapats men faktorer som inte rakt ut sagts av mammorna.

Även om respondenten inte har frågat efter samtycke från informanterna har deras personliga uppgifter blivit behandlade med försiktighet och ingen annan än respondenten har haft tillgång till deras namn och i vilken podcast de har medverkat i under studiens gång. Efter att studien blev färdig raderades alla dokument och anteckningar där informanternas personliga uppgifter fanns med. Detta är en styrka hos studien då informanterna behandlas med respekt och anonymt, även om de inte personligen har blivit kontaktade.

### **8.3 Förslag på förbättringar**

Respondenten kunde ha haft större krav på informanterna, till exempel att det inte fått gå mer än 5 år sedan de haft sin förlossningsdepression. Detta för att försäkra sig om att de har upplevelsen väl i minnet och att de kommer ihåg hur de kände under den tiden. Och som det blivit nämnt tidigare kunde det ha funnits större krav på att alla informanter skulle svara på båda forskningsfrågorna. Att hitta källor från Finland, både på svenska och finska, visade sig vara ganska svårt och respondenten önskar att de källorna skulle ha varit mer informationsrika, och skulle studien göras på nytt skulle de nog klassas bort och inte användas i studien.

Vissa av underkategorierna kunde gärna ha haft mer data, detta skulle höja kvalitén på studien. Man kan också ifrågasätta hur detaljrikt mammorna berättade om vissa saker, till exempel var det vissa av mammorna som noggrant beskrev på vilket sätt de kände skam, medan andra bara nämnde att de skämdes, men inte på vilket sätt. Det kunde också ha varit bra att ha en underkategori med fysiska upplevelser av förlossningsdepressionen. Men då det endast var två mammor som vagt berättade något om att de hade fysiska symptom, som magont och illamående, räckte inte detta till för att skapa en ny kategori, då de endast nämnde det i förbifarten. Lite studier har nämnt något om fysiska symptom på förlossningsdepression, och det kunde ha höjt kvalitén på studien och kanske tillfört något nytt.

Skulle studien ha gjorts med intervjuer istället skulle den andra frågeställningen ha kunnat bli bättre besvarad och mer detaljrik, då man skulle ha kunnat vidare utveckla frågan och berätta vad det är man vill veta och man kunde ha fått närbild med informanterna. Om respondenten skulle göra studien igen är det sannolikt att intervjuer är den metod som skulle användas så att den andra frågeställningen skulle kunna besvaras mer, då det i slutet på studien blev allt mer intressant för respondenten att så få av informanterna nämnde något om deras önskan om att få fler barn.

## 9 Slutledning

Denna studie har gett mig mycket ny kunskap om förlossningsdepression. Att få höra mammor berätta om sina upplevelser av en förlossningsdepression ger mycket mera innehåll och förståelse, istället för att läsa en teoretisk bok om ämnet. Studien har också gett mig en större förståelse för hur man ska bemöta mammor i mödravården, och vilka tecken det kan vara bra att leta efter om man misstänker att en mamma lider av förlossningsdepression. Den har också lärt mig hur viktigt det är att inte måla upp en perfekt bild av hur tiden efter förlossningen kommer att vara, eftersom det kan skapa ouppnåeliga förväntningar hos mamman.

Jag hoppas att studien kommer att vara till nytta för andra personer inom hälso- och sjukvården, men också de som inte jobbar inom hälso- och sjukvården, och göra dem mer medvetna om vad som kännetecknar en förlossningsdepression och genom detta kanske ge dem en chans att upptäcka en förlossningsdepression hos någon i deras närhet. Och även ge dem mer kunskap om på vilket sätt en mamma behöver hjälp och stöd under en förlossningsdepression, eftersom resultaten i denna studie visar att en mamma lätt kan känna sig ensam och isolera sig, vilket kan förvärra upplevelsen.

Jag anser att studien har fört med sig vissa nya resultat, eller resultat som i alla fall för mig var nya, eftersom det inte kommit upp i de studier som nämnts i den teoretiska bakgrunden. Dessa resultat är främst kopplade till den andra frågeställningen, om mammornas önskan om att få fler barn har ändrats. Inte heller har det kommit upp något om mammornas tankar och funderingar, vilket ibland kan vara stora delar av upplevelsen av förlossningsdepressionen, alla de tankar mamman kan ha. Tankarna och funderingarna är förstås inget nytt, men de uppmärksammas sällan.

Det finns mycket man kunde fokusera på vid nya studier. Men det jag vill uppmärksamma är den andra frågeställningen i denna studie, om mammornas önskan om att få flera barn har ändrats efter upplevelsen av en förlossningsdepression. Eftersom det var få mammor som svarade på denna fråga, och de som svarade berättade att de inte vill ha fler barn då de är rädda för att få en till förlossningsdepression, kunde det vara mycket intressant att veta mer om varför de är rädda att få en ny förlossningsdepression eller varför de inte nämnde något om detta. Det kunde bidra till att man förstår förlossningsdepressionen på ett annat sätt, och kanske också ge en inblick i på vilka andra sätt en mamma måste få stöd under och efter en förlossningsdepression.

## Källförteckning

Ali, L. & Skärsäter, I., 2017. *Att använda internet vid datainsamling*. Ingår i: Henricson, M., 2017. *Vetenskaplig teori och metod*. (Upplaga 2:1) Lund: Studentlitteratur.

Carberg, J., 2019a. *Postpartum Obsessive-Compulsive Disorder (OCD)*. [Online] Available at: <https://www.postpartumdepression.org/postpartum-depression/types/ocd/> [Använd 04.02.2020]

Carberg, J., 2019b. *Postpartum Panic Disorder*. [Online] Available at: <https://www.postpartumdepression.org/postpartum-depression/types/panic-disorder/> [Använd 04.02.2020]

Carberg, J., 2019c. *Postpartum Depression Marriage Problems*. [Online] Available at: <https://www.postpartumdepression.org/postpartum-depression/marriage/> [Använd 04.03.2020]

Dahlström, C., 2014. *Panikångest & depression*. Stockholm: Natur & Kultur.

Danielsson, E., 2012. *Kvalitativ innehållsanalys*. Ingår i: Henricson, M., 2017. *Vetenskaplig teori och metod*. (Upplaga 2:2) Lund: Studentlitteratur.

Denscombe, M., 2018. *Forskningshandboken – För småskaliga forskningsprojekt inom samhällsvetenskaperna*. (Upplaga 4:1) Lund: Studentlitteratur.

Duodecim, 2018a. *Lapsivuodepsykoosi*. [Online] Available at: [https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00381&p\\_haku=Lapsivuodepsykoosihttp://www.terveyskirjasto.fi](https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00381&p_haku=Lapsivuodepsykoosihttp://www.terveyskirjasto.fi) [Använd 21.10.2019]

Duodecim, 2018b. *Synnytyksen jälkeinen masennus*. [Online] Available at: [https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00505](https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00505) [Använd 15.10.2019]

Edhborg, M., Friberg, M., Lundh, W. & Widström, A-M., 2005. "Struggling with life": Narratives from women with signs of postpartum depression. *Scandinavian Journal of Public Health*, 33, s. 261-267.

Elo, S. & Kyngäs, H., 2008. The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*, 62(1), s. 107-115.

- Eriksson, K., 1994. *Den lidande människan*. Stockholm: Liber Ab.
- Fitelson, E., Kim, S., Baker, A.S. & Leight, K., 2011. Treatment of postpartum depression: clinical, psychological and pharmacological options. *International Journal of Women's Health*, 3, s. 1-14.
- Ghaedrahmati, M., Kazemi, A., Kheirabadi, G., Ebrahimi, A. & Bahrami, M., 2016. Postpartum depression risk factors: A narrative review. *Journal of Education and Health Promotion*, 6(60).
- Hakulinen-Viitanen, T. & Solantaus, T., 2014. *EPDS-formuläret för screening av depressiva symtom hos nyblivna föräldrar*. Ingår i: Mäki, P., Wikström, K., Hakulinen-Viitanen, T. & Laatikainen, T., 2014. *Hälsoundersökningar vid barnrådgivningen & inom skolhälsovården. Metodhandbok*. [Online] Available at: [http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/136234/URN\\_ISBN\\_978-952-343-066-2.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/136234/URN_ISBN_978-952-343-066-2.pdf?sequence=1&isAllowed=y) [Använd 28.10.2019]
- Henricson, M., 2017. *Vetenskaplig teori och metod*. (Upplaga 2:1) Lund: Studentlitteratur.
- Henricson, M. & Billhult, A., 2017. *Kvalitativ metod*. Ingår i: Henricson, M., 2017. *Vetenskaplig teori och metod*. (Upplaga 2:1) Lund: Studentlitteratur.
- Jacobsen, D.I., 2012. *Förståelse, beskrivning och förklaring*. (Upplaga2:1) Lund: Studentlitteratur.
- Jacobsen, D.I., 2017. *Hur genomför man undersökningar? Introduktion till samhällsvetenskapliga metoder*. (Upplaga 2:3) Lund: Studentlitteratur.
- Kitchener, B., Jorm, A., Kelly, C., Lassander, M. & Karila-Hietala, R., 2015. *Sårbara sinnet – lär dig känna igen och stöda*. (Upplaga 2) Tallinn: Mieli.
- Kjellström, S., 2017. *Forskningsetik*. Ingår i: Henricson, M., 2017. *Vetenskaplig teori och metod*. (Upplaga 2:1) Lund: Studentlitteratur.
- Klemetti, R. & Hakulinen-Viitanen, T., 2015. *Handbok för mödrarådgivning – Nationell rekommendation*. [Online] Available at: [https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/126655/2015\\_THL\\_OPA040\\_web.pdf?sequ](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/126655/2015_THL_OPA040_web.pdf?sequ) [Använd 01.10.2019, 16.04.2020]

Klevemark, P., Norbeck, M. & Häggström, L., 2009. *Affektiv sjukdom och barnafödande*. Ingår i; Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi, 2009. *Barnafödande och psykisk sjukdom*. Mölnlycke; Elanders AB, Rapport nr 62.

Maeve, M. K., 2018. *Postpartum Depression Theory*. Ingår i; M. R. Alligood, 2018. *Nursing Theorists and their work*. (Upplaga 9) USA: Elsevier Inc.

Marcus, S.M., 2009. Depression during Pregnancy: Rates, Risks and Consequences. *Journal of Population Therapeutics & Clinical Pharmacology*, 16(1), s. 15–22.

Marshall, C. & Rossman, G.B., 2016. *Designing Qualitative Research* (6:e upplagan) Ingår i: Henricson, M., 2017. *Vetenskaplig teori och metod*. Lund: Studentlitteratur.

Mitra, M., Iezzoni, L.I., Zhang, J., Long-Bellil, L.M., Smeltzer, S.C. & Barton, B.A., 2015. Prevalence and Risk Factors for Postpartum Depression Symptoms among Women with Disabilities. *Maternal and Child Health Journal*, 19(2), s. 362-372.

Polit, D. & Beck, C.T., 2018. *Essentials of Nursing Research: appraising evidence for nursing*. (9:e upplagan) Philadelphia: Wolters Kluwer.

Reuter, A., 2011. *Nedstämdhet i samband med förlossning – om baby blues och depression under spädbarnstiden*. Stockholm: Gothia Förlag.

THL, 2018. *Synnytyksen jälkeinen masennus (EPDS)*. [Online] Available at: <https://thl.fi/fi/web/lastenneuvolakasikirja/ohjeet-ja-tukimateriaali/menetelmat/perhe-ja-kehitysymparisto/epds> [Använd 26.09.2019]

VanderKruik, R., Barreix, M., Chou, D., Allen, T., Say, L. & Cohen, L.S., 2017. The global prevalence of postpartum psychosis: a systematic review. *BMC Psychiatry*, 17(1), s. 1-9.

Wenzel, A., Gorman, L.L., O'Hara, M.W. & Stuart, S., 2001. The occurrence of panic and obsessive-compulsive symptoms in women with postpartum dysphoria: a prospective study. *Archives of Women's Mental Health* 2001, 4(1), s. 5-12.

Wickberg, B., & Hwang, P., 2003. *Post partum depression – nedstämdhet och depression i samband med barnafödande*. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.

WHO, 2018. *Depression*. [Online] Available at: <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/depression> [Använd 18.10.2019]



Zadeh, M.A., Khajehei, M., Sharif, F. & Hadzic, M., 2012. High-risk pregnancy: Effects on postpartum depression and anxiety. *British Journal of Midwifery*, 20(2), s. 104-113.

Zambaldi, C.F., Cantilino, A., Montenegro, A.C., Paes, J.A., De Albuquerque, T.L.C. & Sougey, E.B., 2009. Postpartum obsessive-compulsive disorder: prevalence and clinical characteristics. *Comprehensive Psychiatry*, 50(6), s. 503-509.

## Analysprocessen

Meningsenhet	Kod	Underkategori	Huvudkategori
”Jag skämdes för att jag inte mätte bra”	Skamkänslor	Skuld och skam	Känslor
”Jag kände mig otroligt ensam”	Känslor av ensamhet	Ensamt och isolering	Känslor
”Mä on vahva ihminen, ei mulle tuu sellaista”	Förnekar sjukdomen	Förnekelse	Beteende
”Worrying that he [the doctor] was gonna contact someone and my kids was gonna get taken away”	Rädsla för att mista barnen	Rädsla	Känslor
”Mä halusin juosta pakoon”	Vill komma bort	Önskan om att komma bort	Önskningar
”Kun sulla on se synnytysmasennus, se elämä on niin siinä hetkessä”	Kan inte se framåt	Tankar av hopplöshet	Tankar och funderingar
”Jag skulle inte ha fler barn... jag var så otroligt rädd för att hamna där igen”	Rädsla för en ny förlossningsdepression	Rädsla	En påverkan på önskan om att få fler barn

## Översättning av citat

### 6.1 Känslor

*''Guilt. ''* **''skuld.''**

*''I was feeling so guilty and ashamed. ''* **''jag kände mig så skyldig och skamsen.''**

*''I'm at my wits end constantly, and that in turn gives me the guilt, like you're a failure, you shouldn't have become a mom. ''* **''jag är hela tiden vid bristningsgränsen, och det i sin tur gav mig skulkänslor, som att man är misslyckad, du borde inte ha blivit mamma.''**

*''Olet epäonnistunut äitinä. ''* **''du är misslyckad som mamma.''**

*''I'm such a failure, and I'm letting everyone down. ''* **''jag är så misslyckad, och jag sviker allihopa.''**

*''I can't go grocery shopping without having some sort of panic attack. ''* **''jag kan inte gå och handla mat utan att ha någon form av panikattack.''**

*''Sain paniikkikohtauksia. ''* **''jag fick panitattacker.''**

*''I was so scared that I would be seen as an unfit mom. ''* **''jag var så rädd för att bli sedd som en oduglig mamma.''**

*''...se että on kaunis koti, siellä ei oo mitään iloo jos sua pelottaa mennä kotiin. ''* **''det faktum att du har ett vackert hem, det finns ingen glädje i det ifall du är rädd för att åka hem.''**

*''Sit ku mee sinne kotiin, ja oot yksin niiden lasten kanssa, etkä tiedä mitä niinku... että mitä sun päässä tapahtuu. ''* **''sen då du går hem, och du är ensam med barnen, och du inte liksom vet... vad det är som händer i ditt huvud.''**

*''Ja niinku sun lapset mene pilalle, ja nyt otetaan huosta, joku tulee ja ottaa ne, sitä mä pelkäsin eniten. ''* **''och liksom dina barn blir förstörda, och nu blir de omhändertagna, någon kommer och tar dem, det var jag mest rädd för.''**

*''Worrying that he [the doctor] was gonna contact someone and my kids was gonna get taken away.''* **''jag var rädd för att han [läkaren] skulle kontakta någon och att mina barn skulle bli tagna ifrån mig.''**

*''I'm gonna give my kids anxiety, separation anxiety.''* **''jag kommer att ge mina barn ångest, separationsångest.''**

*''I don't feel like [myself] anymore.''* **''jag känner mig inte som [mig själv] längre.''**

*''It's such an isolating experience.''* **''det är en så isolerande upplevelse.''**

*''I'm never alone, but yet I feel alone all the time.''* **''jag är aldrig ensam, men ändå känner jag mig ensam hela tiden.''**

*''I felt so alone, so isolated.''* **''jag kände mig så ensam, så isolerad.''**

*''I'm overwhelmed all the time.''* **''jag känner mig överväldigad hela tiden.''**

*''Sulla ei oo mitään tunteita.''* **''du har inga känslor.''**

*''Kaikki on sitä semmosta samanlaista harmaata.''* **''allt är det där samma gråa.''**

*''Se tuntui niin väärältä, kaikki piti olla hyvin, ja piti olla onnellinen, ja sit se eu tuntunutkaan siltä.''* **''det kändes så fel, allt borde vara bra, och man borde vara glad, men sen kändes det inte så.''**

*''Nyt ku mä katon tota lasta niin mä rakastan sitä, mut et sää niinku tavallaan kuitenkin tunne mitään.''* **''nu då jag ser på det här barnet så älskar jag det, men ändå så känner man ingenting.''**

## 6.2 Beteende

*''Ei mulla oo sitä [synnytysmasennusta], mä on liian vahva semmoseen.''* **''inte har jag det [förlossningsdepression], jag är för stark för något sådant.''**

*''Mä on vahva ihminen, ei mulle tuu sellaista.''* **''jag är en stark person, inte kan jag få något sådant.''**

*”Mä en halunnut että mä kaipaän apua.”* ”jag ville inte att jag skulle behöva hjälp.”

*”I pushed everything down.”* “jag tryckte ner allting.”

*”I was so trapped inside my own head, I didn’t want to admit that motherhood was hard, I didn’t want to admit that I was in a bad place.”* “jag var så fast inne i mitt eget huvud, jag ville inte erkänna att moderskapet var svårt, jag ville inte erkänna att jag var på en dåligt plats.”

*”I wasn’t being true to myself; I was telling everyone how great it was.”* “jag var inte ärlig mot mig själv; jag berättade för allihopa hur fantastiskt det var.”

*”I just kept going, I just kept digging myself into a deeper hole.”* “jag bara fortsatte, jag bara fortsatte att gräva ner mig i ett större hål.”

*”Sää vaan itke ihan holtettomasti, etkä sä tiedä miksi.”* ”du bara gråter hejdlöst, och du vet inte varför.”

*”Olin tosi itkuinen.”* “jag var väldigt gråtmild.”

*”I was crying all the time.”* “jag grät hela tiden.”

*”Crying hysterically on the bed.”* “hysteriskt gråtande på sängen.”

*”I would sit all night in the nursery and sob, and I wouldn’t tell anyone the next day.”* “jag brukade sitta i barnkammaren och snyfta, och inte berätta om det för någon nästa dag.”

*”It was feeling like everyone else had it all figured out, and I didn’t.”* “det kändes som att alla andra hade listat ut allt, men inte jag.”

*”Musta tuntui että piti pärjätä yksin, en voinut pyytää apua keneltäkään, musta tuntui että olen vaivaksi.”* ”för mig kändes det som att jag var tvungen att klara mig själv, jag kunde inte fråga om hjälp från någon, det kändes som att jag är till besvär.”

*”I couldn’t function.”* ”jag kunde inte fungera.”

*”En vaan jaksaa enää mitään, kotityöt jäi tekemättä.”* ”jag orkar inte med något längre, hemmasysslorna lämnade ojordade.”

*''He was just kind of like the second thought, I was putting all my energy towards my first son.''* **''han var liksom min andra prioritet, jag satte all min energi på min första son.''**

*''I didn't take care of myself, I didn't take time to myself.''* **''jag tog inte hand om mig själv, jag tog inte tid för mig själv.''**

*''I have to say the same things to him when I put him to bed, give him three kisses on the forehead, turn on his babymonitor and then turn of his lights.''* **''jag måste säga samma saker åt honom då jag nattar honom, ge honom tre kyssar på pannan, sätta på babymonitorn och sedan stänga av lamporna.''**

*''That's an OCD thing for me, like I feel like I have to breastfeed him.''* **''det är en tvångsgrej för mig, liksom det känns som att jag måste amma honom.''**

### 6.3 Önskningar

*''My biggest dream was to disappear, I didn't have suicidal thoughts, but I really truly believed in my heart that my family would be better without me.''* **''min största önskan var att försvinna, jag hade inte självmordstankar, men jag trodde verkligen i mitt hjärta att min familj skulle klara sig bättre utan mig.''**

*''Mä halusin juosta pakoon.''* **''jag ville rymma.''**

*''I wanted someone to save me and see me, to tell me everything was gonna be fine.''* **''jag ville att någon skulle rädda mig, och se mig, berätta för mig att allting skulle bli bra.''**

*''I wanted someone to see me, to validate me.''* **''jag ville att någon skulle se mig, validera mig.''**

### 6.4 Tankar och funderingar

*''Kun sulla on se synnytysmasennus, se elämä on niin siinä hetkessä.''* **''då du har förlossningsdepression, allting i ditt liv handlar om nuet.''**

*''The intrusive thoughts are like falling down the stairs with them [the kids].''* **''de inkräktande tankarna kan vara att falla ner för trappan med dem [barnen].''**

*''He [the doctor] asked me if I had thoughts of harming myself, and I did, but I did not have a plan... But I lied, and said no, so I could stay home with my family.''* **''han [läkaren] frågade mig om jag hade tankar på att skada mig själv, och det hade jag, men jag hade inte en plan... men jag ljög och sade nej, så att jag skulle få vara hemma med min familj.''**

*''Mä ajattelin kaikki aasiat että johtuu siitä että olen epäonnistunut.''* **''jag trodde att allting berodde på att jag var misslyckad.''**

## 6.5 En påverkan på önskan om att få fler barn

*''I had a lot of anxiety, of going back into that space... I believed I was gonna go back to that space.''* **''jag hade mycket ångest, för att hamna tillbaka i det där stället... jag trodde att jag skulle hamna tillbaks där.''**

*''I always wanted to have three kids, but after this I don't know if I can have another one.''* **''jag har alltid önskat mig tre barn, men efter det här vet jag inte om jag kan skaffa ett till.''**

## EPDS-formulär

FRÅGEFORMULÄR SOM STÖD FÖR INTERVJU FÖR ATT IDENTIFIERA POSTNATAL DEPRESSION Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS).

Den ursprungliga EPDS-skalan på engelska: Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. 1987. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry*, 150, 782-6.

Var snäll och ringa in det alternativ som bäst motsvarar de känningar du haft under den senaste veckan – inte bara känningar som du har just nu.

*Under de sju senaste dagarna*

- 1) har jag kunnat skratta och se tillvaron från den ljusa sidan
  - a) lika mycket som vanligt
  - b) inte riktigt lika mycket som vanligt
  - c) mycket mindre än vanligt
  - d) inte alls
  
- 2) har jag glatt mig åt saker som ska hända
  - a) lika mycket som vanligt
  - b) litet mindre än vanligt
  - c) mycket mindre än vanligt
  - d) knappast alls
  
- 3) har jag onödigt mycket lagt skulden på mig själv för att saker gått snett
  - a) ja, för det mesta
  - b) ja, ibland
  - c) inte så ofta
  - d) nej, aldrig
  
- 4) har jag varit ångestfylld eller orolig utan någon egentlig anledning
  - a) nej, inte alls
  - b) knappast alls
  - c) ja, ibland
  - d) ja, mycket ofta
  
- 5) har jag varit rädd eller ängslig utan någon egentlig anledning
  - a) ja, mycket ofta
  - b) ja, ibland
  - c) nej, ganska sällan
  - d) nej, inte alls



- 6) har det kört ihop sig för mig och blivit för mycket
- a) ja, för det mesta har jag inte kunnat ta itu med något alls
  - b) ja, ibland har jag inte kunnat ta itu med saker lika bra som vanligt
  - c) nej, för det mesta har jag kunnat ta itu med saker ganska bra
  - d) nej, jag har kunnat ta itu med saker precis som vanligt
- 7) har jag känt mig så olycklig att jag har haft svårt att sova
- a) ja, för det mesta
  - b) ja, ibland
  - c) nej, sällan
  - d) nej, aldrig
- 8) har jag känt mig ledsen och nere
- a) ja, för det mesta
  - b) ja, ganska ofta
  - c) nej, sällan
  - d) nej, aldrig
- 9) har jag känt mig så olycklig att jag har gråtit
- a) ja, nästan jämt
  - b) ja, ganska ofta
  - c) bara då och då
  - d) nej, aldrig
- 10) har tanken på att göra mig själv illa förekommit
- a) ja, ganska ofta
  - b) ja, ibland
  - c) knappast alls
  - d) aldrig

I frågorna 1, 2 och 4 poängsätts svarsalternativen uppifrån och ner på skalan 0-3. Frågorna 3 och 5- 10 är omvända och poängsätts uppifrån och ner på skalan 3-0.

EPDS är validerad i flera länder och får inte ändras vid verksamhetsenheten.